

Transcripción — Seminario web de la OMS y UNICEF: Normas mundiales y orientaciones de aplicación para los bancos de leche humana donada

Grabación: GMT20260922-120005 (Zoom), audio original en inglés · **Duración:** 1:33:02 · **Idioma:** español (traducción del original en inglés)

Doris Mollel — Moderadora

[00:00:00] ¡Vaya! Buenos días, buenas tardes, buenas noches y bienvenidos a todos. Gracias por acompañarnos en «Proteger a los recién nacidos, apoyar la lactancia materna: nuevas normas mundiales y orientaciones de aplicación para los bancos de leche humana donada», que les presenta el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna. Me llamo Doris Mollel y tengo el placer de ser su moderadora hoy. Antes de comenzar, algunas indicaciones prácticas. Este seminario web ofrece interpretación en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso. Para acceder a la interpretación, hagan clic en el icono de interpretación de su barra de herramientas y seleccionen el idioma de su preferencia. Los subtítulos en inglés están disponibles para los participantes que utilizan la aplicación Zoom en su computadora; para ver los subtítulos en directo, hagan clic en el icono CC y seleccionen «Mostrar subtítulos». Así podrán ver el contenido en su idioma. Esta sesión no incluye un segmento de preguntas y respuestas en directo. Envíen sus preguntas mediante la función de preguntas y respuestas, y nuestros ponentes y voluntarios responderán por escrito al mayor número posible de preguntas durante la sesión. Tengan en cuenta que este seminario web se está grabando. Mi nombre es Doris Mollel, como les acabo de decir. Resulta que yo nací prematura, con 900 gramos. Una bebé muy pequeñita que ha sobrevivido y hoy tiene 36 años. Estoy muy contenta y agradecida de participar en un tema tan noble, porque me toca el corazón. Cuando nací no podía succionar la leche de mi madre; por supuesto, esa es la historia que mi mamá me contó cuando yo tenía 23 años. Por eso me alegra mucho ver que la leche humana donada es una prioridad central de este debate, y ver cómo la leche humana puede seguir mejorando la supervivencia de nuestros recién nacidos pequeños y enfermos, y de los bebés en general. Necesitamos leche humana, y no otra cosa: la leche materna es fundamental para la salud y la supervivencia de todos los recién nacidos. Todos sabemos que, en particular para quienes nacen demasiado pronto, prematuros, con bajo peso al nacer o que requieren cuidados especializados, la leche de su propia madre es la primera y la mejor opción. Yo soy un buen ejemplo. Garantizar el acceso comienza con la calidad de la atención materna y neonatal: mantener juntos a las madres y los recién nacidos, facilitar el método madre canguro, evitar separaciones innecesarias y brindar a tiempo un apoyo cualificado a la lactancia cuando la leche de la propia madre todavía no es suficiente o no está disponible. La leche humana donada puede servir de puente para que los recién nacidos vulnerables sigan alimentándose exclusivamente con leche humana mientras se establece o se restablece la lactancia. Cuando se obtiene leche humana donada y se establece un servicio, este debe integrarse en la atención de salud materna y neonatal más amplia y funcionar conforme a normas sólidas de seguridad, calidad y práctica ética. Así que hoy estoy muy, muy feliz de que presentemos las dos publicaciones. La primera establece las primeras normas mundiales de la OMS para los bancos de leche humana donada, mi favorita. La segunda ayuda a los países a determinar cómo organizar y regular los bancos de leche humana de forma adecuada a sus sistemas de salud, recursos, marco jurídico y contexto

social y cultural. Escucharemos directamente de los países cuáles han sido sus enfoques y las lecciones que han aprendido al establecer bancos de leche humana, y cómo estos se integran en estrategias más amplias de atención neonatal y protección de la lactancia materna. Permítanme presentarles la agenda de hoy. Escucharemos a la Organización Mundial de la Salud y a UNICEF sobre las nuevas normas y orientaciones de aplicación para los bancos de leche donada; a continuación, las experiencias de países —Uganda, India y Viet Nam— y, por último, las acciones que ustedes pueden emprender para que los bancos de leche humana donada sirvan para reforzar el apoyo al establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los lactantes vulnerables. Tengo el gran placer de presentar a nuestra primera ponente, la Dra. Queen Dube, oficial médica del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento, en la sede de la OMS en Ginebra. La Dra. Dube es pediatra y epidemióloga clínica. Dirige la labor de la OMS sobre programas neonatales, políticas de aplicación y normas. Tiene una amplia experiencia en sistemas de salud y en salud materna, neonatal e infantil. Antes de incorporarse a la OMS, fue jefa de servicios de salud en el Ministerio de Salud de Malawi. Tiene la palabra, Dra. Dube. Me alegra mucho estar con ustedes, y tengo muchas ganas de escuchar qué hace falta realmente para comprender las normas y cómo podemos adaptarlas a nuestro contexto local. Eso es lo que a mí me despierta curiosidad. Gracias por acompañarnos, y adelante, Queen.

Dr. Queen Dube — OMS

[00:06:30] Muchas gracias, Doris, y gracias a los colegas que se han unido a este importantísimo seminario web. Veo que somos más de 500 participantes, lo que realmente pone de relieve la importancia de la nutrición del recién nacido. A principios de este año, al publicar nuestras estimaciones de mortalidad infantil, informamos de que 2,3 millones de recién nacidos murieron en 2024. Lamentablemente, cuando publicamos las mismas cifras el año pasado, el dato era el mismo. Y si miramos el camino hacia 2030, está claro que vamos rezagados: al menos 60 países no van bien encaminados para alcanzar las metas de los ODS sobre mortalidad neonatal. La nutrición no tiene que ver solo con la supervivencia. También forma parte de la agenda del desarrollo pleno y de la transformación. Por eso quiero que tengamos presente que, mientras hablamos de nutrición, de lactancia materna y de las orientaciones sobre leche humana donada, detrás del debate de esta tarde, esta mañana o esta noche hay cifras, hay rostros de familias y de recién nacidos que esperan que luchemos por su supervivencia. Siguiendo la diapositiva, por favor. Cuando observamos las muertes neonatales, sabemos lo que hay que hacer para mantener con vida a estos bebés. Sabemos que tenemos que invertir en el embarazo, en el periodo intraparto y también en el periodo posnatal. Es muy, muy importante que invirtamos también en la atención de los recién nacidos pequeños y enfermos. En cuanto a la evidencia, sabemos desde hace décadas que la lactancia materna puede salvar muchísimas vidas. Y en la agenda de la lactancia, el inicio temprano de la lactancia salva muchísimas vidas. El riesgo de que un recién nacido muera es mayor: otros informes hablan de un riesgo al menos un 33 % mayor de que el recién nacido muera si se retrasa el inicio de la lactancia materna. Sabemos que la nutrición protege la supervivencia. Ofrece una protección inmediata. Sabemos que, incluso para los recién nacidos pequeños, enfermos y vulnerables, la nutrición es fundamental para su supervivencia, pero también para su pleno desarrollo. La nutrición es muy importante para el crecimiento y la recuperación. Seguro que los más de 500 que estamos en este seminario hemos tenido que comer algo al levantarnos por la mañana. Así que, sea cual sea la edad, la nutrición es

absolutamente fundamental, y muy especialmente para el recién nacido. Siguiente diapositiva. Decía que, cuando miramos la agenda neonatal en general —la agenda de supervivencia y de desarrollo pleno—, el recorrido empieza antes de que nazca el bebé. Eso es muy cierto en el caso de la nutrición, y muchas veces nos centramos solo en las primeras cuatro semanas de vida. Nos olvidamos de la madre. Nos olvidamos de lo que ocurre durante el embarazo. Por eso tenemos que ver la agenda de nutrición como un continuo que empieza antes del nacimiento; luego la primera hora, porque los mayores beneficios se obtienen si se empieza durante la primera hora después del parto; luego los primeros días; y después los recién nacidos pequeños y enfermos. El debate de este seminario, el lanzamiento de las orientaciones sobre leche humana donada, no es solo el lanzamiento de unas orientaciones: es un lanzamiento sobre sistemas. Es un debate sobre cómo proteger la lactancia materna, llegar a los recién nacidos vulnerables y garantizar una nutrición segura y de calidad cuando la leche de la propia madre todavía no está disponible. Quiero subrayar que nuestro objetivo primordial es asegurarnos de apoyar a las madres en la lactancia, y que la leche humana donada interviene cuando la leche de la propia madre aún no está disponible. Siguiente diapositiva. La leche humana no es solo alimento; también es atención. Mencioné la importancia de la nutrición para el crecimiento, la inmunidad y también el vínculo, pero quiero plantearles que, en la atención del recién nacido pequeño y enfermo, la leche humana va más allá del alimento: para nosotros es también una intervención clínica. Del mismo modo que damos mucha importancia a los antibióticos, a los líquidos intravenosos y a todo lo que hacemos con un recién nacido pequeño y enfermo, para nosotros la leche materna, la nutrición, es un medicamento. Así que, además de ser el alimento que todo recién nacido necesita, para el recién nacido pequeño y enfermo es una intervención clínica. Siguiente diapositiva. Hay tres prioridades que sostienen esta agenda. La primera es proteger la lactancia materna: no podemos hablar de supervivencia y desarrollo pleno del recién nacido sin la lactancia. Es importante no mirarla solo desde la perspectiva del recién nacido: se trata de apoyar a cada madre y a cada bebé. Muchas veces pensamos que cada madre tiene que arreglárselas sola para amamantar. Esperen a intentarlo: es difícil. Por eso, dentro de nuestros sistemas, la consejería en nutrición, el apoyo cualificado a la lactancia y la atención respetuosa son intervenciones neonatales esenciales. La CPAP es importante, pero si ponemos a estos bebés en CPAP y descuidamos la nutrición, los resultados seguirán siendo malos. Y es muy, muy importante asegurarnos de llegar a los recién nacidos con mayor riesgo de morir: los prematuros, los de bajo peso al nacer y los recién nacidos enfermos. En nuestras directrices sobre prematuros verán que ponemos de relieve este elemento de la nutrición y mencionamos la leche humana donada cuando la leche de la propia madre no está disponible. Siguiente diapositiva. ¿Dónde encaja todo este debate? La prioridad es la leche de la propia madre. Debemos hacer todo lo posible dentro de nuestros sistemas para apoyar a estas madres. Debemos proteger, promover y apoyar la leche de la propia madre y acompañar a las madres en la lactancia. Pero sabemos que habrá situaciones en las que la leche de la propia madre no estará disponible: lamentablemente hemos perdido a la madre, o la madre se encuentra en un estado en el que no puede producir leche. En esos casos, nuestra segunda opción es la leche humana donada. Cuando la leche de la propia madre no está disponible o es insuficiente, sobre todo en nuestros bebés prematuros y de bajo peso al nacer, es muy, muy importante asegurarnos de que estos bebés sigan teniendo leche materna a su disposición. La leche humana donada es un puente hacia la alimentación exclusiva con leche humana. No sustituye la inversión en el apoyo a la lactancia materna. Hoy escucharán lo fundamentales que son los sistemas seguros y de calidad para impulsar

realmente la agenda de la lactancia y de la leche humana donada. Última diapositiva. La leche humana donada forma parte de una promesa mayor: todo recién nacido debe recibir la nutrición más segura y adecuada, empezando por la leche de su propia madre, con el apoyo de una atención cualificada. Hablamos de personal cualificado para la atención del parto; también deberíamos hablar de atención cualificada que apoye la nutrición de la madre, respaldada por sistemas de calidad. Esta es una agenda de supervivencia neonatal. Te devuelvo la palabra, Doris.

Doris Mollel — Moderadora

[00:15:38] ¡Vaya! Muchas gracias, Dra. Queen. La supervivencia es lo que buscamos, y le agradezco que lo haya compartido. Creo que ahora es el momento de escuchar a Joan Matji. Es para mí un placer presentar a la Dra. Joan Matji, directora mundial de Nutrición y Desarrollo Infantil de UNICEF, que pronunciará las palabras de apertura en nombre de UNICEF. La Dra. Matji tiene más de 20 años de experiencia en nutrición de salud pública y anteriormente fue asesora regional de nutrición de UNICEF para África Oriental y Meridional, y jefa de nutrición en Etiopía. Tiene la palabra, doctora. Estamos muy entusiasmados por escuchar lo que UNICEF nos traerá en este día tan especial.

Dr. Joan Matji — UNICEF

[00:16:35] Muchas gracias, Doris, y buenos días, buenas tardes y buenas noches, estimados colegas, socios y amigos. Les doy una cálida bienvenida a este lanzamiento de las normas de la OMS y de las orientaciones de aplicación de la OMS y UNICEF sobre los bancos de leche humana donada. En lo personal, este seminario me entusiasma mucho, porque hace muchos años, en pleno auge de la epidemia de VIH en Sudáfrica, participé junto con la Universidad de Pretoria en la creación de un banco de leche materna en Pretoria. Así que formar parte de las deliberaciones de hoy me produce una gran ilusión personal. Señoras y señores, como dijo Queen, cada año 2,3 millones de recién nacidos mueren antes de cumplir su primer mes de vida. Es una cifra enorme. Y también sabemos que más de 6000 bebés mueren cada día. El lugar donde nace un niño sigue determinando profundamente sus probabilidades de supervivencia, y la mayor carga recae en los entornos de escasos recursos, en particular en el África subsahariana y en Asia meridional. Entre quienes corren mayor riesgo están los bebés que nacen demasiado pronto, demasiado pequeños o demasiado enfermos: se calcula que cada año nacen 13,4 millones de bebés prematuros, y las complicaciones de la prematuridad siguen siendo la principal causa de muerte en menores de cinco años. La desigualdad es flagrante. En los entornos de ingresos bajos, alrededor de la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas o antes mueren, a menudo porque no se dispone de manera sistemática de intervenciones sencillas y de eficacia comprobada; en los entornos de ingresos altos, casi todos esos bebés sobreviven. Esto es verdadera desigualdad. La leche de la propia madre es la primera opción de alimentación, la recomendada, para cada niño, para cada lactante. Cuando no está disponible temporalmente, alternativas como la lactancia por una nodriza y la leche humana donada pueden ayudar a garantizar el acceso continuo a los beneficios vitales de la leche humana. Señoras y señores, sabemos que hay momentos en que la leche de la propia madre no está disponible, es insuficiente o se retrasa mientras se establece la lactancia. En esas circunstancias, los recién nacidos vulnerables no deberían perder el acceso a los beneficios protectores de la leche humana. Y ahí es donde la leche humana donada y segura cobra valor para los lactantes prematuros y de bajo peso al nacer. Es la alternativa preferida

cuando la leche de la propia madre no está disponible o es insuficiente. Los bancos de leche humana lo hacen posible garantizando que la leche donada se recoja, se examine, se procese, se almacene y se suministre de forma segura, ética y equitativa. Integrada en un programa sólido de lactancia materna, la leche humana donada ayuda a que los lactantes vulnerables sigan recibiendo una alimentación exclusiva con leche humana durante uno de los periodos más críticos de su vida. Los bancos de leche humana no son un fin en sí mismos. Son uno de los componentes clave de un sistema integral que apoya la lactancia materna y mejora la supervivencia neonatal. Complementan, y no sustituyen, las inversiones en apoyo cualificado a la lactancia, el método madre canguro, la aplicación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, las políticas de separación cero, la consejería comunitaria y unos servicios sólidos de salud materna y neonatal. El objetivo sigue siendo el mismo: ayudar a las madres a establecer y mantener su producción de leche y permitir que los lactantes reciban la leche de su madre siempre que sea posible. Todos sabemos que el acceso a la leche humana donada sigue siendo muy desigual. Como señalé antes, aunque funcionan más de 700 bancos de leche humana en 60 países, la mayoría se concentra en el Brasil, Europa y América del Norte, mientras que el África subsahariana y Asia meridional, que concentran la mayor carga de lactantes prematuros y de bajo peso al nacer, siguen desatendidas. Por ello, los países han pedido orientaciones prácticas para establecer servicios seguros, éticos e integrados en la atención materna y neonatal. Los nuevos recursos que se presentan hoy responden a esa necesidad. Ofrecen normas basadas en la evidencia y orientaciones operativas para establecer y fortalecer los bancos de leche humana donada, firmemente anclados en un apoyo integral a la lactancia materna. Con el lanzamiento de estas orientaciones, la ambición de UNICEF va más allá de crear bancos de leche humana. Estamos apoyando a los países para fortalecer la lactancia materna y mejorar la atención de los recién nacidos pequeños y enfermos. Juntos debemos garantizar que cada madre, dondequiera que esté, reciba el apoyo que necesita y que cada recién nacido vulnerable pueda acceder a leche humana cuando más la necesita. Sé que todos ustedes, los que participan hoy, unirán fuerzas con nosotros y con la OMS para que esa visión se haga realidad. Y con estas palabras, devuelvo la palabra a Doris para que continúe con las deliberaciones de hoy. Gracias por su atención.

Doris Mollel — Moderadora

[00:23:08] Muchas gracias. Muchísimas gracias, doctora. Ese fue el mensaje de UNICEF. Creo que todos sentimos curiosidad por saber cómo son esas normas, y quizá ahora escucharemos qué dicen: algunos objetivos clave y prioridades operativas que orientarán cómo deben ser los bancos de leche humana. Para empezar con las normas, permítanme presentar a la Dra. Maryanne Perrin, científica de la nutrición, ingeniera industrial, dietista registrada y profesora del Departamento de Nutrición de la Universidad de Carolina del Norte en Greensboro, donde su investigación se centra en directrices basadas en la evidencia para la leche humana donada. Fue investigadora principal de un estudio financiado por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos sobre la composición de la leche humana donada en todo el mundo y, más recientemente, copresidenta del grupo de elaboración de las normas de la OMS sobre bancos de leche humana donada. Tiene la palabra, Dra. Perrin. Todos tenemos curiosidad por conocer las normas.

Dr. Maryanne Perrin — UNC Greensboro; copresidenta del grupo de elaboración de las normas de la OMS

[00:24:31] Gracias, Doris. Estoy encantada de estar aquí hoy para ayudar a presentar estos importantes recursos. Quería recordarles que nuestros objetivos generales eran elaborar orientaciones basadas en la evidencia para la recogida, el procesamiento y la distribución seguros, éticos y de alta calidad de la leche donada. Estas normas reflejan requisitos mínimos para apoyar la expansión en entornos de escasos recursos, y nuestra perspectiva tuvo en cuenta a la donante, al hijo de la donante, al lactante receptor y a la propia leche. Así que había mucho que analizar. Llegamos a nueve normas y, como tengo menos de un minuto por norma para presentarlas, vamos a entrar directamente en materia. Siguiendo diapositiva. La primera norma se refiere a la captación de donantes. Quiero aclarar que la captación consiste en a quién dirigirse, no necesariamente a quién seleccionar; la selección tiene que ver con el cribado, al que llegaremos en un momento. Aunque el grupo vio evidencia de que ciertas características de la donante, como la etapa de la lactancia, influyen en muchos nutrientes de la leche, no había evidencia suficiente de que eso afecte al lactante receptor. También preocupaba que limitar el grupo de donantes pudiera limitar el acceso a la leche donada. Por eso, las recomendaciones indican que los bancos de leche pueden captar donantes en cualquier etapa de la lactancia y de la gestación que puedan extraer más leche de la que necesitan o que tengan leche almacenada sobrante. El grupo fue especialmente sensible a la necesidad de apoyar a las madres en duelo, dada la creciente evidencia de que donar les aporta beneficios especiales, y también a no captar donantes antes de que la lactancia esté bien establecida en la día. La segunda recomendación trata de la remuneración. Aunque el grupo identificó algunos posibles beneficios de compensar a las donantes, entre los perjuicios figuraban poner en riesgo la seguridad y la calidad de la leche donada, así como la explotación de las donantes, lo que llevó a recomendar que no se ofrezcan incentivos económicos, para garantizar un producto seguro y de calidad. Sí reconocimos que puede considerarse el reembolso de los gastos reales, por ejemplo, desplazamientos, transporte y los suministros necesarios para extraer y almacenar la leche. Siguiendo diapositiva. La tercera recomendación se refiere al cribado de las donantes. Aquí analizamos la evidencia sobre cuándo excluir a una donante por la posibilidad de dañar a un lactante a través de la leche. También tuvimos presente que un cribado excesivo, sin respaldo en la evidencia, podría una vez más reducir el grupo de posibles donantes y el acceso a la leche donada. Las recomendaciones son que el cribado incluya un cuestionario de riesgos y pruebas serológicas, y que la donante sea excluida si tiene una prueba serológica positiva para el VIH o el HTLV-1, o si el cuestionario de riesgos indica consumo de drogas recreativas, tabaco, alcohol o medicamentos que pasen a la leche y estén contraindicados durante la lactancia. Fuimos especialmente sensibles, en consonancia con el tema de este seminario, a que, si se excluye a una posible donante, se la siga animando a amamantar a su propio hijo. También tuvimos en cuenta la necesidad de repetir el cribado periódicamente, porque estos riesgos cambian constantemente. La cuarta recomendación trata de la educación y el apoyo a las donantes. El grupo reconoció que una educación y un apoyo adecuados pueden ayudar a proteger la relación de lactancia entre la donante y su hijo, así como la seguridad de la leche, su producción y, en última instancia, al lactante receptor. Las recomendaciones son que los bancos de leche protejan y apoyen a las donantes para que sigan amamantando a su propio hijo; esto puede incluir brindar atención cualificada a la lactancia o proporcionar suministros para la extracción y el almacenamiento de la leche. También recomendamos que los bancos de leche impartan formación sobre técnicas de extracción y prácticas de higiene, incluido el lavado de manos. Señalamos que todos los métodos de extracción —manual, con sacaleches manual o con sacaleches eléctrico— son aceptables, así que la elección

corresponde a la donante. Siguiente diapositiva. La quinta recomendación se refiere a los recipientes. Quiero reconocer que la evidencia era de certeza baja, por el reducido número de estudios y por resultados contradictorios. Los debates sobre los recipientes se cruzaron con varios temas, como la seguridad y la calidad de la leche, la cadena de suministro, la disponibilidad y asequibilidad de los recipientes, y las limitaciones de producción y de uso clínico de determinados tipos de recipientes. Las recomendaciones son que la leche extraída se almacene y transporte en recipientes limpios aptos para uso alimentario. Los recipientes deben ser fáciles de limpiar, desinfectar y etiquetar, resistentes a la rotura y capaces de cerrarse herméticamente. La siguiente recomendación trata del almacenamiento y la manipulación. Aunque hay cierta evidencia de degradación de nutrientes durante el almacenamiento, el grupo lo sopesó con el hecho de que admitir solo periodos de almacenamiento más cortos limitaría la producción y, por tanto, el acceso a la leche donada. Las normas ofrecen recomendaciones específicas sobre duraciones y temperaturas de almacenamiento refrigerado y congelado, tanto para la leche cruda como para la pasteurizada, pero no puedo entrar en esos detalles en nueve minutos, así que les animo a consultarlas. El grupo también recomendó mantener temperaturas seguras desde la recepción hasta la entrega, lo que incluye mantener la cadena de frío durante el transporte, y que los bancos de leche vigilen las temperaturas de frío y las registren al menos dos veces al día. Tuvimos en cuenta que, en zonas con temperaturas ambiente más altas o con refrigeración menos fiable, puede ser necesario acortar los tiempos de almacenamiento para mantener la leche segura. Siguiente diapositiva. La séptima recomendación se refiere a la mezcla de leche de varias donantes, al mezclado, y a la trazabilidad. Son procesos que realizan los bancos de leche durante la producción y la distribución y que ayudan a garantizar la adecuación nutricional y la seguridad de la leche donada. Combinar la leche de varias donantes permite aumentar la homogeneidad entre lotes, mientras que el mezclado garantiza la homogeneidad de los nutrientes dentro de cada lote. Las recomendaciones son que, cuando sea culturalmente apropiado, los bancos de leche pueden combinar la leche de varias donantes para mejorar la homogeneidad nutricional; que esas combinaciones deben mezclarse para asegurar una distribución uniforme de los nutrientes, porque la leche tiende a separarse cuando reposa; y que tanto las técnicas de mezclado mecánicas como las manuales son adecuadas. Por último, los bancos de leche deben mantener sistemas de trazabilidad que les permitan seguir la leche desde la donante hasta el receptor, y desde el receptor hasta la donante, en caso de eventos adversos. La octava recomendación trata del tratamiento térmico. El grupo reconoció que existe una disyuntiva entre tratar térmicamente la leche, lo que añade una capa de seguridad al destruir posibles patógenos, y dejarla cruda y sin tratar, lo que conserva más nutrientes y más calidad bioactiva. La recomendación es que, para garantizar la seguridad microbiológica, la leche donada se trate térmicamente mediante pasteurización Holder o métodos de alta temperatura y corto tiempo; no se recomienda la esterilización en autoclave (retorta), y puede prescindirse del tratamiento térmico si cada recipiente de leche cruda se analiza para verificar que está dentro de los límites de seguridad aceptables localmente. El grupo tuvo en cuenta que, cuando se prescinde del tratamiento térmico, como se hace actualmente en Noruega y Alemania, se necesitan más análisis. Siguiente diapositiva. — ¿Podría resumir? — Sí. La última recomendación trata de los análisis. Se recomiendan los análisis posteriores a la pasteurización; los análisis nutricionales no. Te devuelvo la palabra, Doris.

Doris Mollel — Moderadora

[00:34:10] Gracias, Dra. Perrin. Muchas gracias. Un gran aplauso para la Dra. Perrin por una presentación tan buena sobre lo que dicen las normas. Si me lo permiten, presentaré rápidamente a Kimberly Mansen, MPH y RDN, asesora en nutrición materna y neonatal de PATH, en su práctica de salud de las mujeres y la familia, que fue la coordinadora principal tanto de las normas como de las orientaciones de aplicación. Kimberly nos explicará ahora las orientaciones de aplicación. Tiene la palabra, Kimberly, y espero que nos ayudes a respetar el tiempo para que todos podamos escuchar las hermosas historias y compartir el entusiasmo que nos produce este lanzamiento. Gracias. Adelante, Kimberly.

Kimberly Mansen — asesora en nutrición materna y neonatal, PATH

[00:34:57] Gracias, Doris, y hola a todos. Es una gran alegría y un placer presentar brevemente los aspectos más destacados del documento complementario, las orientaciones de aplicación. Un poco de contexto, para ponerlo en perspectiva: acaban de escuchar a la Dra. Maryanne Perrin presentar los resultados, lo que contiene ese documento, pero llegar hasta aquí ha sido todo un recorrido, y desde el primer día del proceso de elaboración de las normas, desde el terreno se preguntaba cómo establecer un sistema de bancos de leche y cómo decidir qué tipo de modelo adoptar. Por eso quiero agradecer profundamente a la OMS y a UNICEF su dedicación para que estas orientaciones de aplicación acompañaran con éxito a las normas sobre bancos de leche. Quien haya estado en primera línea poniendo en marcha un banco de leche humana sabe que todo empieza siempre con muy buenas intenciones y una visión clara, quizá con una recaudación de fondos para un equipo médico como un pasteurizador, pero que acaba convirtiéndose en una compleja red de procesos y decisiones, junto con los desafíos prácticos de alinearlos todo con la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia materna como piedra angular del proceso. Mientras que las normas se centraron en las acciones concretas que un banco de leche debe llevar a cabo para obtener un producto seguro y de calidad, es este documento, las orientaciones de aplicación, el que empieza a plantear las preguntas sobre cómo establecer el sistema de bancos de leche. Les daré una breve visión general de cómo abordar el documento, pero les ruego que lo descarguen y lo exploren para ver realmente la profundidad de la información que contiene. Siguiendo la diapositiva. Estas orientaciones de aplicación se elaboraron para ayudar a los países a establecer programas de leche humana donada seguros y equitativos, adecuados a su contexto, que complementen las estrategias de atención materna y neonatal y que refuercen, y no sustituyan, los esfuerzos por proteger y apoyar la alimentación con la leche de la propia madre. Dado que los sistemas de salud, la regulación y el contexto cultural varían enormemente, había un consenso en que ningún modelo de banco de leche humana es aplicable universalmente. Así que les invitamos a pensar de forma que cada país evalúe su propio contexto, sus recursos, sus necesidades clínicas, su infraestructura y la percepción pública de la leche donada, para diseñar modelos de bancos de leche humana que logren un acceso sostenible a leche humana donada segura y de alta calidad, protegiendo y apoyando siempre la lactancia materna. El público destinatario de este documento es muy amplio: ministerios de salud, responsables de políticas, donantes, especialmente los que desean invertir en salud materna y neonatal y ver cómo esto encaja ahora en un componente más amplio de ese ámbito, entidades ejecutoras, asociaciones profesionales y otras ONG que quieran crear bancos de leche como parte de la alimentación de lactantes vulnerables. Una y otra vez, las preguntas llegadas desde el terreno han pedido a la OMS y a UNICEF que proporcionen estas orientaciones, y esto es solo un primer paso, un punto de partida. Siguiendo la diapositiva. ¿Cómo se elaboraron estas

orientaciones? En primer lugar, se reunió un grupo externo de 10 expertos sin conflictos de interés y con representación mundial, por su experiencia técnica en el diseño, la creación y la aplicación de sistemas de bancos de leche, procedentes de asociaciones de bancos de leche, hospitales e instituciones académicas. Muchos de ustedes están en esta llamada, así que gracias. Se celebró un taller con partes interesadas en el último congreso de la Asociación Europea de Bancos de Leche, en octubre del año pasado, y una revisión exploratoria acompañó la opinión del grupo de expertos, examinando los modelos de bancos de leche y la clasificación y regulación de la leche humana donada. También se realizaron estudios de casos en todo el mundo, y la Dra. Kiersten Israel-Ballard moderará un panel que representa solo una pequeña muestra de la riqueza de experiencias repartidas por todo el documento, así que no se lo pierdan. En el documento, estos estudios de casos ofrecen ejemplos reales de cómo distintos entornos han determinado modelos prioritarios y viables en su propio contexto, lo que ayuda a dar vida a la rica información que contiene. Y junto a todo este proceso de recopilación de información y de análisis de la opinión de los expertos, fue el comité de coordinación con la OMS y UNICEF el que realmente lo hizo posible. El Dr. Larry Grummer-Strawn también intervendrá al final de este seminario para hablar de cómo seguir adelante. Siguiendo la diapositiva. Al descargar estas orientaciones, quiero explicarles lo que encontrarán. Más que una guía para montar un banco de leche, presentan las consideraciones que habría que tener en cuenta para determinar qué hacer para establecerlo y qué modelo y diseño son adecuados y sostenibles en su entorno. En la sección 3 del documento se analizan las prioridades operativas y los objetivos clave de los bancos de leche humana, lo que realmente impulsa un sistema exitoso. Y en la sección 4, todo ello se aplica como factores determinantes de las características de los modelos de bancos de leche humana, para ilustrar mejor sus posibles beneficios y desafíos. Esta base descansa en los factores que ven en la diapositiva, es decir, los objetivos clave y las prioridades operativas. Los objetivos clave incluyen asegurar el suministro de leche humana donada —un suministro suficiente, pero, como sabemos, sin excederse, para no incentivar el uso de leche donada en lugar de la leche de la propia madre; es decir, proteger ese equilibrio—; garantizar productos seguros y de calidad, y qué modelo lo logrará en cada entorno; y facilitar que el apoyo a la lactancia siga siendo central, para que todas las madres tengan el apoyo que necesitan y la leche donada nunca lo socave. Las prioridades operativas incluyen optimizar los costos y la eficiencia —en algunos entornos, un modelo puede ser más eficiente que otros desde el punto de vista de los costos, según los demás servicios disponibles—; encajar en los marcos normativos y reglamentarios existentes, que son muy amplios y diversos en lo que respecta a la leche humana; y respetar las normas culturales y sociales en todas las decisiones sobre el modelo de banco de leche. En la siguiente diapositiva veremos las seis características clave de los modelos de bancos de leche humana que se presentan en el documento. — Kimberly, ¿podrías resumir, por favor? — Sí, gracias. Son el entorno físico: modelos dentro del establecimiento o comunitarios; la población donante: quién aporta la leche, donantes del propio establecimiento o de la comunidad; la distribución de la leche donada: a un solo centro o a varios; la estructura de gobernanza: centralizada, descentralizada o híbrida; el modelo de financiación: si cada centro recauda fondos de forma independiente o si un órgano de gobernanza aporta la financiación para la sostenibilidad; y las operaciones compartidas con otros productos médicos de origen humano, como los servicios de bancos de sangre combinados con los de leche humana: si son compartidas o independientes. Por falta de tiempo, pasaremos rápidamente a la siguiente diapositiva. En resumen, encontrarán orientaciones sobre la clasificación para cada entorno: como alimento, como producto médico

de origen humano, como terapia nutricional o alimento médico, o como categoría independiente. Para concluir, las orientaciones de aplicación respaldan las complejas decisiones necesarias para diseñar sistemas seguros, eficaces y sostenibles, incluidos los servicios de leche humana donada cuando proceda. Van más allá de los establecimientos individuales para impulsar objetivos más amplios de salud pública, ayudando a los países a desarrollar modelos adecuados a su contexto para lograr resultados de alimentación y nutrición a largo plazo. Muchas gracias.

Doris Mollel — Moderadora

[00:44:07] Gracias, Kimberly. Muchas gracias. Sé que te tomaste dos minutos más, pero te agradecemos una presentación tan bien hecha de las orientaciones de aplicación; ahora todos sabemos lo que dicen. Me gustaría que ahora pasáramos a las prácticas de los países y aprendiéramos de sus experiencias, y para ello nos encantaría ceder esta sesión a una mujer muy trabajadora y encantadora, la Dra. Kiersten Israel-Ballard, profesora asociada afiliada del Departamento de Salud Global de la Universidad de Washington, que recientemente dirigió el equipo de salud y desarrollo materno-infantil integrado de PATH y aporta más de 25 años de experiencia en la alimentación de lactantes de poblaciones vulnerables. Ella moderará ahora este segmento. Adelante, Dra. Kiersten. Tenemos muchas ganas de comprender y escuchar la experiencia de los países: cómo ha sido en la práctica contar con un banco de leche humana donada y, por supuesto, crearlo en nuestros distintos entornos. Tienes la palabra.

Kiersten Israel-Ballard — Moderadora del panel

[00:45:19] Estupendo. Gracias, Doris, y gracias a todas mis compañeras ponentes. Creo que todos los que estamos en esta llamada reconocemos que nuestros sistemas de salud varían enormemente entre países y entornos: los recursos, la infraestructura, los conocimientos especializados. Y eso también afecta a los bancos de leche humana. Las normas y las orientaciones de aplicación debían ofrecer un marco riguroso, pero lo difícil era hacerlo también adaptable. ¿Cómo se establecen bases seguras y adecuadas y, al mismo tiempo, se permite que los programas desarrollen modelos adaptables a su propio contexto? Hoy tengo el placer de llevarles de viaje por tres países distintos. Ojalá pudiéramos ver más, pero no hay tiempo. A través de sus historias veremos cómo los programas de bancos de leche humana han adaptado principios comunes a las realidades locales, lo que demuestra que no existe un único modelo de aplicación, sino que hay múltiples caminos hacia un objetivo común: un acceso seguro, equitativo y sostenible a la leche humana. Hoy tenemos un panel con la Dra. Sushma Nangia, profesora de excelencia en neonatología del Lady Hardinge Medical College y del Hospital Infantil Kalawati Saran de Nueva Delhi. Fue presidenta del Foro Nacional de Neonatología de la India en 2024 y dirigió iniciativas nacionales de salud neonatal en el marco del Ministerio de Salud de la India. Forma parte de varios grupos de elaboración de directrices de la OMS sobre lactantes prematuros, bancos de leche humana y alimentación de lactantes en riesgo, y es autora de más de 265 publicaciones. Es socia del programa Oslo-Delhi de mejora de la atención neonatal básica. Bienvenida. También nos acompaña la Dra. Hoang Tran, profesora asociada y neonatóloga del Hospital de la Mujer y el Niño de Da Nang, en Viet Nam. Dirige desde 2017 el primer banco de leche humana del país. Anteriormente fue subdirectora del hospital y jefa de pediatría de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Da Nang. Es vicepresidenta de la Asociación Perinatal y Neonatal de Viet Nam y miembro del grupo de

examen independiente de la Región del Pacífico Occidental de la OMS que vigila el plan de acción para recién nacidos sanos. Kathy Burgoine es una pediatra formada en el Reino Unido e investigadora neonatal que, desde 2014, es la responsable de neonatología del Hospital Regional de Referencia de Mbale, en el este de Uganda. Fundó la organización sin ánimo de lucro Born on the Edge y desarrolló el programa Bridge to Breastfeeding («Puente hacia la lactancia»), junto con el primer banco de leche humana en un hospital público de Uganda. Ahora dirige el proyecto de apoyo a la lactancia y bancos de leche humana en Uganda, con la Universidad de Bergen, que evalúa el apoyo a la lactancia y los bancos de leche antes de su ampliación a mayor escala. Para empezar —y hoy tendremos que acortar un poco el panel, lo siento mucho—, vamos a hacer una pregunta a todas las panelistas y les pediré una respuesta muy breve a cada una. Dra. Nangia, desde la India, empecemos con usted. ¿Qué carencia vino a cubrir la leche humana donada en su entorno? La pregunta es, en realidad, por qué, entre muchas prioridades que compiten entre sí, se eligió incluir los bancos de leche humana en la estrategia de atención y nutrición neonatal. Empecemos con usted.

Dr. Sushma Nangia — India (Nueva Delhi)

[00:48:52] Sí. Saludos desde Nueva Delhi, India. Es un honor estar aquí; gracias a la OMS, a UNICEF y a Kiersten. Muchas gracias por invitarnos. Permítanme informarles de que la India tiene una cohorte anual de 26 millones de nacimientos, incluidos 3,5 millones de bebés prematuros, que es con mucho la mayor cohorte de cualquier país. En 2014, la India fue uno de los 194 Estados Miembros que respaldaron el marco mundial del Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos. Y, sobre esa base, en septiembre de 2014 la India anunció su propio plan de acción para el recién nacido, que abarca la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente con un enfoque de ciclo de vida, con el compromiso de reducir la mortalidad neonatal de 26 por 1000 que había entonces a un solo dígito para 2030. El Gobierno de la India tenía la visión de garantizar la atención institucional universal de los partos y el acceso universal a la leche humana para todos los lactantes. Con eso en mente, en 2016 se puso en marcha el programa MAA, «Mothers' Absolute Affection» (el afecto absoluto de las madres), con un renovado énfasis en la lactancia materna en la primera hora tras el nacimiento y en la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses. Para garantizar un acceso universal similar a la leche humana para los lactantes pequeños, enfermos y vulnerables, era necesario establecer y ampliar los bancos de leche humana. Pero la India no optó por bancos de leche independientes. En cambio, se centró en un apoyo integral a la lactancia para las mujeres, dentro del cual se integraron los bancos de leche humana. En agosto de 2017, la India publicó directrices nacionales sobre los centros de gestión de la lactancia en los establecimientos públicos de salud, centradas en el apoyo a la lactancia para todas las parturientas, la leche de la propia madre para los bebés pequeños y enfermos, y la leche humana donada cuando la leche materna era insuficiente o no estaba disponible.

Kiersten Israel-Ballard — Moderadora del panel

[00:51:05] Gracias, Dra. Nangia. Una necesidad enorme en la India, así que un modelo adecuado. Pasemos a Viet Nam. Dra. Tran, ¿cómo respondería usted a esa misma pregunta, el porqué?

Dr. Hoang Tran — Viet Nam (Hospital de la Mujer y el Niño de Da Nang)

[00:51:16] Hola a todos. Cada año, en Viet Nam nacen alrededor de 1,5 millones de bebés, entre ellos más de 100 000 prematuros o de bajo peso al nacer. Por diversas razones, como enfermedad materna, ansiedad o la separación entre la madre y el bebé debido a la enfermedad o la prematuridad del bebé, lamentablemente más del 50 % de estos bebés no reciben lactancia materna temprana y exclusiva, y realmente necesitan una alternativa nutricional óptima, que es la leche humana donada pasteurizada. Por eso se establecieron bancos de leche humana en Viet Nam: para garantizar que todo recién nacido pequeño, enfermo o vulnerable que no tenga leche de su propia madre pueda recibir leche materna donada. Los bancos de leche humana también cumplen una función importante en la promoción de la lactancia materna en nuestra comunidad, y esta iniciativa respalda directamente las prioridades nacionales relacionadas con la supervivencia neonatal, la nutrición infantil y la promoción de la lactancia materna. Estas prioridades se reflejan en la Ley de la Infancia, en las estrategias nacionales de nutrición y en los planes de acción del Ministerio de Salud. Gracias.

Kiersten Israel-Ballard — Moderadora del panel

[00:52:33] Gracias, Dra. Tran. Dra. Burgoine, pasemos a usted y a Uganda: la historia de Mbale.

Dr. Kathy Burgoine — Hospital Regional de Referencia de Mbale

[00:52:40] Estupendo. Gracias, Kiersten. Buenas tardes a todos. Hacia 2019 y 2020, aquí en Mbale, Uganda, observamos que sobrevivían más lactantes prematuros, pero les costaba mucho aumentar de peso, e incluso a las madres les costaba extraer la cantidad de leche que les pedíamos. Cuando analizamos nuestros datos con más detenimiento, descubrimos que alrededor del 40 % de nuestros lactantes prematuros de muy bajo peso al nacer ya presentaban restricción del crecimiento al nacer. Y, cuando llegaba el momento del alta, casi el 80 % de nuestros prematuros presentaba un retraso del crecimiento posnatal. Eso nos preocupaba muchísimo, Kiersten, porque ingresamos a unos 4000 bebés al año, de los cuales unos 600 son de muy bajo peso al nacer. Así que teníamos que encontrar una solución. La nutrición parenteral total obviamente no era realista en un entorno como el nuestro. Los fortificantes de leche materna eran demasiado caros, y la leche de fórmula, aunque estaba disponible, seguía siendo costosa, y todos conocemos las complicaciones de la leche de fórmula en los prematuros. Así que empezamos con lo que teníamos: intervenciones de bajo costo, centradas en aplicar realmente la separación cero y el método madre canguro temprano y continuo. Empezamos a impartir educación sobre lactancia a todas las madres de la unidad neonatal, así como un apoyo especializado e individual a la lactancia para las madres de los prematuros. Aun así quedaba una brecha: seguía habiendo algunos bebés que no recibían suficiente leche. Fue entonces cuando tuvimos que plantearnos seriamente crear un banco de leche humana donada aquí en Uganda, de lo que creo que hablaremos dentro de un momento. En esencia, ahora podemos proporcionar leche humana donada, cribada y pasteurizada, para completar la alimentación de esos bebés mientras seguimos intentando establecer la leche de la propia madre. Y creo que lo más emocionante, al menos para nosotros aquí en Uganda este año, es que, gracias a las experiencias de nuestro hospital junto con las de Nsambya y Kampala, hemos podido reunir nuestros protocolos, experiencias y directrices, y en agosto de 2026 pudimos presentar nuestras directrices nacionales sobre bancos de leche humana aquí en Uganda.

Kiersten Israel-Ballard — Moderadora del panel

[00:54:36] ¡Es increíble, enhorabuena! Quiero agradecer a cada una de ustedes que hayan explicado el porqué. Tienen muchísimas prioridades que compiten entre sí y necesidades enormes en sus entornos, así que ¿dónde encajaban los bancos de leche humana y por qué? Gracias. Ahora me gustaría hacerle a cada una una pregunta concreta sobre su programa, para profundizar un poco más y conocer mejor su entorno específico. Como explicó Kimberly, las orientaciones de aplicación incluyen varios estudios de casos, y la India es uno de ellos. Dra. Nangia, me gustaría empezar con usted. La India tiene una estrategia nacional de ampliación de los bancos de leche humana. ¿Puede contarnos esa historia? ¿Cuál es el enfoque estratégico? ¿Qué modelo se está ampliando? ¿Cómo miden el éxito? Y la India tiene una escala enorme: ¿cómo están institucionalizando esto dentro de las iniciativas de salud pública? Tiene la palabra. Ah, tiene el micrófono silenciado.

Dr. Sushma Nangia — India (Nueva Delhi)

[00:55:36] Gracias. Perdón. Como mencioné antes, en agosto de 2017 la India publicó las directrices nacionales sobre los centros de gestión de la lactancia en los establecimientos públicos de salud, centradas en cuatro aspectos concretos: el apoyo a la lactancia para todas las mujeres que dan a luz en el establecimiento, con apoyo a la lactancia de los bebés sanos que se extiende hasta la sala de maternidad; la alimentación con la leche de la propia madre para los bebés pequeños y enfermos atendidos en las unidades neonatales, es decir, las unidades de cuidados intensivos neonatales y las unidades de atención especial al recién nacido, que son las unidades de nivel dos a nivel de distrito; la disponibilidad de leche humana donada pasteurizada como apoyo puente para los bebés pequeños y enfermos cuando la leche materna es insuficiente o no está disponible; y, de forma transversal, el fortalecimiento de los servicios de consejería en todo el sistema de salud. Las directrices nacionales formalizaron un modelo de tres niveles. En este sistema, el nivel más alto, establecido en las facultades de medicina y en los grandes hospitales de distrito, se denominó centro integral de gestión de la lactancia (CLMC): incluye consejería en lactancia y apoyo completo a la lactancia, y funciona como un banco de leche humana completo, equipado para recoger, almacenar, pasteurizar, analizar y distribuir leche donada a las unidades de cuidados intensivos neonatales. El segundo nivel se ubica en los hospitales de distrito y subdistrito que cuentan con una unidad de atención especial al recién nacido en funcionamiento. Estas unidades de nivel dos se centran, por supuesto, en la consejería en lactancia y en la atención de los problemas de lactancia, junto con el apoyo a la extracción y el almacenamiento de la leche materna para uso de los propios bebés, y parte de la leche humana sin pasteurizar puede enviarse al CLMC para su pasteurización y recibirse de vuelta. El nivel básico, o tercer nivel, está formado por las unidades de apoyo a la lactancia, que en realidad no son unidades físicas, sino el apoyo a la lactancia que se presta en cada punto de atención del parto, ya sea un centro de atención primaria, un centro de salud comunitario, un hospital de distrito, una facultad de medicina o una institución de referencia. Todas ellas facilitan el inicio temprano, apoyan la postura y el agarre, y atienden los problemas relacionados con la lactancia. Como sabemos, la India tiene una enorme cohorte de nacimientos, con el mayor número de lactantes prematuros, de bajo peso al nacer y con restricción del crecimiento, que corren el mayor riesgo de tener dificultades de alimentación, sepsis y otras morbilidades de la prematuridad, además de retraso del crecimiento, y de acabar muriendo o, si sobreviven, sufrir alteraciones del neurodesarrollo. Atender a estos bebés de la manera tradicional en la UCIN, proporcionando nutrición parenteral o fórmula, conlleva muchas

complicaciones añadidas: sepsis, infecciones del torrente sanguíneo asociadas a vías centrales, enterocolitis necrosante y muchas otras; además, todo ello requiere una infraestructura compleja para su preparación y administración, por no hablar del costo. Así que nada de esto era viable. Por eso, para nosotros la leche materna no es solo la nutrición óptima, sino una intervención viva que salva vidas, gracias a sus componentes bioactivos únicos, que ayudan a prevenir infecciones, favorecen el desarrollo de la inmunidad y promueven la salud y el bienestar en general. De ahí que se promoviera y se prefiriera la leche de la propia madre como primera opción, y que las directrices hagan hincapié en todos los esfuerzos para aumentarla. Los tres niveles garantizan consejería individual y en grupo, según lo requiera el apoyo a la lactancia, desde la consulta prenatal hasta las salas de posparto, la zona de partos, las salas de pediatría y de cirugía pediátrica, las consultas del niño sano y los centros de vacunación. El centro de lactancia ayuda con la extracción de leche a las madres de bebés pequeños ingresados en la unidad de atención especial y en la UCIN, casi siempre mediante extracción manual o con ayuda de un sacaleches, para que haya leche de la propia madre disponible para los bebés pequeños y enfermos. Además del apoyo a la lactancia, los CLMC pueden cribar y registrar a las donantes, y la leche extraída se envía a la UCIN como leche de la propia madre para alimentar al hijo biológico. La leche sobrante se dona voluntariamente y se almacena de forma aséptica, manteniendo la temperatura adecuada. Se combina, se pasteuriza, se analiza y se almacena hasta su entrega a la unidad neonatal. La leche humana donada pasteurizada solo se entrega con una prescripción válida de la unidad neonatal, en la que consten los datos del bebé receptor y el estado de la lactancia de su madre. Esto se vigila de cerca y se utiliza como apoyo puente hasta que el bebé recibe solo leche de su propia madre. Por lo general, el apoyo no se extiende a bebés de más de 32 semanas de gestación ni más allá de las dos primeras semanas de vida. Usted preguntó por los indicadores de éxito. El indicador de éxito es la proporción de leche de la propia madre respecto del volumen total de alimentación enteral que recibe el bebé; cuánto tarda el bebé en alimentarse solo con leche de su madre; cuánto tarda en recuperar el peso al nacer; y cuál es la velocidad de aumento de peso después de recuperarlo. Es decir, el indicador de éxito no es la cantidad de leche donada ni la que hay en los congeladores del banco, sino la cantidad de leche de la propia madre que reciben los bebés. Este enfoque se está institucionalizando en el sistema público de salud: ya hay más de 100 bancos de leche en la India y se están creando varios centros de gestión de la lactancia, autorizados y apoyados por los gobiernos estatales de todo el país, para dar apoyo a las unidades de atención especial al recién nacido. Las iniciativas actuales tienen que ver con establecer un modelo de centro y radios plenamente funcional, en el que el CLMC actúa como centro que pasteuriza la leche donada recogida en las unidades de gestión de la lactancia y la devuelve a esas unidades para su uso en las unidades de atención especial. Otra iniciativa que nos proponemos es establecer un sistema de trazabilidad infalible que registre el movimiento, el procesamiento y la distribución de la leche donada desde el momento de la donación hasta la entrega al receptor. El objetivo es introducir códigos de barras, registros electrónicos y bases de datos integradas. Se han puesto en marcha algunas iniciativas, pero es necesario formalizarlas; todavía no se ha hecho a nivel nacional, pero ya hay iniciativas en curso. Creo que esto es todo lo que tengo.

Kiersten Israel-Ballard — Moderadora del panel

[01:02:20] Estupendo, muchas gracias, Dra. Nangia. Es un ejemplo contundente de integración y también de liderazgo político: integrar los bancos de leche humana en centros integrales de gestión de la lactancia, con el

Gobierno de la India apoyando su expansión como prioridad. Es increíble. Dra. Tran, pasemos a usted y a Viet Nam. El banco de leche humana del Hospital de la Mujer y el Niño de Da Nang se creó en 2017 y desde entonces ha servido de modelo para la expansión en la región. ¿Puede describir cómo se integró inicialmente el banco de leche humana en las iniciativas de nutrición y atención neonatal en curso, y cómo se está poniendo en práctica ahora ese enfoque a nivel regional? Gracias.

Dr. Hoang Tran — Viet Nam (Hospital de la Mujer y el Niño de Da Nang)

[01:03:04] Gracias. El primer banco de leche humana de Viet Nam se creó en el Hospital de la Mujer y el Niño de Da Nang en 2017. Nuestro hospital fue seleccionado para poner en marcha el primer banco tras los importantes logros alcanzados en la atención esencial temprana del recién nacido desde 2014, cuando más del 90 % de los recién nacidos, tanto por parto vaginal como por cesárea, recibían contacto piel con piel prolongado y lactancia materna temprana. También practicamos el método madre canguro continuo para los bebés pequeños: más del 90 % de los bebés prematuros o de bajo peso al nacer de nuestro hospital reciben esta atención óptima, y el hospital también ofrece el método madre canguro inmediato, justo después del nacimiento, a los bebés prematuros, incluso a los prematuros extremos. La introducción del banco de leche humana apoyó y promovió aún más la lactancia materna. Creó un enfoque integrado de la atención materna y neonatal al vincular el banco de leche humana con la atención esencial temprana del recién nacido, el método madre canguro, la lactancia materna y la separación cero entre madres y recién nacidos. Esta integración ayudó a que Da Nang se convirtiera en un centro de excelencia en atención materna y neonatal. Nuestro hospital se convirtió en un centro de formación para colegas de todo Viet Nam y también en un buen destino para colegas de la región. En 2021 publicamos las primeras directrices nacionales sobre bancos de leche humana de Viet Nam, que ofrecen información completa sobre su creación y funcionamiento. Sobre la base del modelo de Da Nang, nos ampliamos a otros cuatro bancos de leche humana en tres regiones de Viet Nam, entre ellos bancos en los dos mayores hospitales de la mujer, un hospital de la mujer y el niño y el Hospital Nacional de Pediatría. También establecimos cinco bancos satélite. Desde Da Nang, en los últimos ocho años hemos distribuido alrededor de 16 000 litros de leche donada pasteurizada a casi 60 000 recién nacidos, y los datos de nuestro hospital también muestran un aumento significativo de la tasa de lactancia materna tras la creación del banco de leche humana. Esta es la información de nuestro hospital y la experiencia de Viet Nam. Gracias por su atención.

Kiersten Israel-Ballard — Moderadora del panel

[01:05:44] Muchas gracias, Dra. Tran. Aprecio mucho su explicación del modelo que se está ampliando, porque ha demostrado, en primer lugar, que tenían una base sólida antes de ese banco de leche, y que la integración es posible porque vincularon el banco de leche humana con la atención esencial temprana del recién nacido, el método madre canguro, la lactancia materna y la separación cero, y que es una pieza central de todo ello. Gracias. Dra. Burgoine, pasemos a Uganda. Creo que usted lo ha oído muchas veces, y yo también lo he oído muchas veces a lo largo de mi carrera en este campo: los bancos de leche humana suelen percibirse como algo que exige muchos recursos, que es complejo, que solo es para entornos de ingresos altos y que no es apropiado para entornos de escasos recursos, que es precisamente donde está la mayor carga. En las orientaciones de aplicación tenemos estudios de casos, y Uganda también figura en ellos. El

banco de leche humana de Mbale abrió en 2023. Es el primer banco de leche humana en un entorno hospitalario de Uganda. Funcionan con un modelo de bajo costo, pero aplicando al mismo tiempo un enfoque integral de la atención. ¿Puede describir su enfoque, centrándose en la viabilidad, la sostenibilidad y el impacto que están observando? Tiene la palabra.

Dr. Kathy Burgoine — Hospital Regional de Referencia de Mbale

[01:07:04] Genial. Gracias, Kiersten. Es una observación muy importante, y es una percepción muy extendida que los bancos de leche son solo para entornos de ingresos altos y que son carísimos, así que es una pregunta estupenda para el seminario de hoy. No puedo contarles todo, pero sí algunos de los factores clave que tuvimos en cuenta al desarrollar nuestro programa Bridge to Breastfeeding aquí, en nuestro hospital público del este de Uganda. En primer lugar, creo que es muy importante decir que se desarrolló junto con las personas que iban a utilizarlo y a prestarlo. Consultamos a padres de bebés prematuros, médicos neonatólogos y personal de enfermería, pero también involucramos a los administradores y al personal de laboratorio al diseñar el programa. También tuvimos mucha suerte de contar con dos estudiantes de maestría en el hospital que pudieron hacer un trabajo cualitativo formal sobre la aceptabilidad, los obstáculos y los facilitadores, no solo de administrar leche humana donada —recuerden que es algo nuevo aquí en Uganda—, sino también de donar la leche en primer lugar, porque si no hay donantes, para empezar, no hay banco de leche. Como mencioné antes, no teníamos muchos recursos, así que empezamos con intervenciones de bajo costo, que Sushma y Hoang también han descrito. Nos centramos en impulsar nuestra política de separación cero, asegurándonos de que las madres y los bebés permanezcan juntos desde el nacimiento o, idealmente, desde el ingreso. Y lo logramos también fomentando el método canguro temprano y continuo del que han oído hablar. Más recientemente, contamos con sillas para el método madre canguro, de modo que las madres pueden quedarse cómodamente junto a la cama de su bebé las 24 horas del día si lo desean. El siguiente paso fue, por así decirlo, nuestra primera intervención: contratamos a una especialista certificada en lactancia, que tiene dos funciones principales. En primer lugar, cada día imparte educación sobre lactancia a todas las madres de la sala, para que todas conozcan la leche materna y la lactancia y sus beneficios para ellas y para sus bebés. También explica cómo extraer la leche, cómo alimentar con taza y cuchara, cómo alimentar por sonda nasogástrica, y hoy en día también aborda la leche humana donada: qué es, quién puede donarla y quién la necesita realmente, para tratar de subsanar la falta de conocimiento que reveló nuestro trabajo cualitativo. Además, nuestro equipo médico pasa visita todos los días y, en cuanto identifica a un bebé de menos de 1500 gramos, o a cualquier otro bebé cuya díada madre-hijo tenga dificultades con la producción de leche, lo deriva de inmediato, idealmente en menos de 24 horas, a esa especialista en lactancia, y la madre recibe apoyo individual a la lactancia hasta que se establece la producción de leche. Lo que hemos observado aquí en Mbale, al menos en nuestros datos, es que alrededor del 80 % de nuestras madres pueden producir suficiente leche propia solo con esas intervenciones tan sencillas que acabo de describir. Pero hay un «pero», y es una de las razones por las que estamos aquí hoy: no todos los bebés pueden obtener suficiente leche de su madre, sobre todo en los primeros días, que son tan importantes para los bebés prematuros que atendemos. Y cuando empezamos esta conversación, sí, nosotros también pensábamos lo mismo: demasiado caro, imposible en un entorno como el nuestro. Los pasteurizadores que mirábamos costaban decenas de miles de dólares, necesitaban un suministro eléctrico

fiable y un suministro continuo de agua, por no hablar del mantenimiento y las revisiones, y aquí, por ejemplo, simplemente no podemos contar con un suministro continuo de agua y electricidad. Así que todo eso parecía fuera de nuestro alcance. Fue entonces cuando conocimos su trabajo, Kiersten, y el de Anna Coutoudis y sus colegas en Sudáfrica sobre el Piastra. El Piastra permite la pasteurización a alta temperatura y corto tiempo, que se mencionó antes; también se la puede llamar pasteurización relámpago. Una de las grandes ventajas de este tipo de pasteurización es que no requiere un suministro continuo de agua para el enfriamiento y puede funcionar con un suministro eléctrico mínimo. Además, el Piastra tiene un diseño modular y, aparte del ordenador del equipo, todo puede conseguirse localmente aquí en Uganda si hay que sustituirlo o repararlo, así que no necesitamos ese servicio técnico y mantenimiento continuos. Solo puede pasteurizar tres biberones de leche a la vez, lo que quizá sea una desventaja, pero en una hora podemos pasteurizar 12 biberones, y, incluso en la unidad tan concurrida que describí antes, eso ha parecido suficiente, al menos durante los últimos tres años. Pero lo mejor de todo es que poner en marcha ese pasteurizador de leche materna costó menos de 1000 dólares. Así que, en cierto modo, resolvimos ese problema. Lo siguiente en lo que teníamos que pensar en nuestro contexto era de dónde iban a salir las donantes. Hemos oído antes que se pueden captar donantes en muchos lugares distintos. Nosotros decidimos recurrir a las madres que ya estaban en la unidad neonatal, madres que iban a quedarse quizá una semana, o uno o dos meses. Así, una vez invertido en el cribado, la consejería y el consentimiento de esas madres, se podía contar con un suministro continuo de leche humana donada por ellas. Esto redujo considerablemente el costo: no teníamos que proporcionar transporte ni logística para traer la leche desde la comunidad. Y una ventaja añadida es que nos daba un entorno limpio: podíamos supervisar la extracción de las madres y congelar la leche de inmediato, sin preocuparnos por una extracción segura en la comunidad ni por la cadena de frío desde el hogar hasta el hospital. Actualmente congelamos toda la leche a -20°C , en congeladores domésticos, con termómetros wifi las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Y cuando una madre no tiene suficiente leche, seguimos con esas intervenciones de bajo costo que he descrito, apoyándola de forma individual para establecer su propia producción, mientras la leche humana donada solo complementa hasta que ella pueda producir la suficiente. En resumen, nuestro programa Bridge to Breastfeeding ha reducido en torno a un 30 % el retraso del crecimiento posnatal en los bebés de muy bajo peso al nacer en los últimos dos años. Así que estoy aquí para decir que no necesitamos estar en un entorno de ingresos altos. No necesitamos tecnología sofisticada si nos centramos en tecnología apropiada y asequible. Si asumimos la apropiación local y exploramos la aceptabilidad local, los obstáculos y los facilitadores que el equipo puede abordar fácilmente, creamos esa base sólida de la que todos han hablado hoy: el apoyo a la lactancia, el apoyo individual a la lactancia. Y no nos centramos solo en la leche humana donada: la utilizamos como puente hacia la lactancia materna. Pero, en última instancia, todos nuestros bebés se van a casa alimentados con la leche de su propia madre. Y, como dijo Queen al principio, se van a casa y no solo sobreviven: también se desarrollan plenamente. Gracias, Kiersten.

Kiersten Israel-Ballard — Moderadora del panel

[01:13:45] Muchísimas gracias, Dra. Burgoine. Su experiencia es muy importante para muchas de las personas presentes en esta llamada. La carga de recién nacidos vulnerables está en los entornos de escasos recursos, y usted demuestra que los modelos de bajo costo son posibles, pero también que no se trata solo

de la leche donada: está vinculada a un sistema de atención más amplio. Y también quiero reconocer que es absolutamente necesario seguir optimizando los sistemas operativos de los bancos de leche para los entornos de ingresos bajos. Tenemos una pregunta más para hoy, pero voy a tener que pedir a nuestras panelistas que la respondan de forma mucho más breve de lo que habíamos previsto. Como presentó Kimberly, las orientaciones de aplicación se elaboraron en torno a los factores determinantes, los objetivos clave y las prioridades operativas que explican cómo y por qué se decide establecer un determinado modelo. A partir de sus diversas experiencias, ¿cuál de esos factores o componentes consideran que fue el más decisivo en su recorrido para establecer un banco de leche, y por qué sería importante para otros en el futuro? Muy, muy brevemente, tienen probablemente unos segundos para cada respuesta. Empecemos con la Dra. Nangia.

Dr. Sushma Nangia — India (Nueva Delhi)

[01:15:01] Claro. Si hablamos del componente decisivo, el componente decisivo de nuestro modelo de CLMC es la atención integral de la madre y el recién nacido. La integración deliberada del CLMC en la atención obstétrica y en la atención clínica neonatal garantiza que las familias reciban apoyo a la lactancia de forma constante, desde la atención prenatal, pasando por la atención perinatal, hasta la atención posnatal e incluso las visitas de seguimiento posparto. Con esta organización, las madres de los bebés prematuros ingresados en las unidades neonatales y en las unidades de atención madre-recién nacido, que se están ampliando en la India, son las principales donantes de estos bancos de leche hospitalarios. Otro componente decisivo es el fortalecimiento de la capacidad: la infraestructura por sí sola no crea un programa sostenible de bancos de leche. Necesitamos personal de enfermería, médicos, consejeros, técnicos y administradores que comprendan su función y trabajen dentro de un sistema común. Por eso, la formación se convierte en una parte esencial de la ampliación. Las estructuras hospitalarias de los hospitales públicos tienen la ventaja de contar con la infraestructura, los recursos y el personal disponibles en el hospital, además de...

Kiersten Israel-Ballard — Moderadora del panel

[01:16:11] Voy a tener que interrumpirla, solo para asegurarme de que las otras dos también puedan responder rápidamente, si le parece bien. Lo siento mucho.

Dr. Sushma Nangia — India (Nueva Delhi)

[01:16:16] La última frase: para los países de ingresos bajos y medianos, el camino a seguir sería establecer CLMC, y no solo bancos de leche independientes.

Kiersten Israel-Ballard — Moderadora del panel

[01:16:27] Muchas gracias. Dra. Tran.

Dr. Hoang Tran — Viet Nam (Hospital de la Mujer y el Niño de Da Nang)

[01:16:27] En un minuto: la cuestión decisiva en nuestro recorrido es cómo mantener el banco de leche humana con buena calidad y seguridad en un entorno de recursos limitados. Por esa razón elegimos un entorno hospitalario para el banco de leche humana, donde podemos controlar la calidad y la seguridad, y las

madres que practican el método madre canguro en la unidad neonatal son buenas donantes, con un cribado y unas pruebas adecuados, supervisión de la higiene y del almacenamiento de la leche materna. Además, aportan leche adecuada para los recién nacidos prematuros y enfermos, y también captamos donantes de la comunidad según criterios apropiados. La infraestructura del hospital, con un laboratorio de microbiología, nos permite realizar los análisis necesarios antes y después de la pasteurización, y el departamento de control de infecciones del hospital, con su esterilización sistemática, también contribuye a la seguridad. El funcionamiento de un banco de leche humana en un hospital está bajo la supervisión del sistema de salud, desde el departamento provincial de salud hasta el Ministerio de Salud. Así que la seguridad es una consideración decisiva en cualquier entorno, y las nuevas orientaciones de aplicación de la OMS y UNICEF sobre bancos de leche humana, publicadas ahora, ofrecen orientaciones completas a los países que quieren crear un nuevo banco de leche humana, ayudándoles a elegir un modelo adecuado a su contexto local y a mantener altos niveles de calidad y seguridad. Gracias.

Kiersten Israel-Ballard — Moderadora del panel

[01:17:58] Dra. Burgoine, quizá una sola frase, porque creo que se nos acaba el tiempo. Lo siento.

Dr. Kathy Burgoine — Hospital Regional de Referencia de Mbale

[01:18:04] Sí, claro, por supuesto. Creo —y espero que haya quedado claro antes— que nuestra experiencia en Mbale ha demostrado que realmente no se necesitan equipos grandes, muy específicos y sofisticados para poner en marcha un banco de leche. Hay que empezar con lo que se tiene, y empezar poco a poco. Mi mensaje, en realidad, es: si están a punto de empezar, no empiecen preguntándose cómo construir un banco de leche. Empiecen preguntándose cómo aprovechar al máximo los recursos que ya tienen para apoyar a sus madres: el método canguro, la separación cero, la educación sobre lactancia, el apoyo a la lactancia. Así que empiecen poco a poco, utilicen lo que tienen, apoyen siempre a sus madres y, si tienen acceso a ella, utilicen la leche humana donada como puente hacia la lactancia materna. Gracias, Kiersten.

Kiersten Israel-Ballard — Moderadora del panel

[01:18:49] Estupendo. Muchísimas gracias. Quiero dar las gracias sinceramente a todas nuestras panelistas. Han ayudado a dar forma y contenido a estas orientaciones de aplicación, y les estamos profundamente agradecidos por su tiempo. Pido a todo nuestro público que se una a mí para darles un aplauso, y te devuelvo la palabra, Doris. Gracias.

Doris Mollel — Moderadora

[01:19:08] Pues muchas gracias, Dra. Kiersten. Ha sido un rato estupendo viendo, escuchando e imaginando cómo es un banco de leche y cómo disfrutan nuestras donantes al donar leche, en los ejemplos que nos han mostrado. Creo que todos estamos contentos con las hermosas historias que hemos escuchado, y creemos que, con estas orientaciones, podremos reproducirlo en nuestro contexto y hacerlo accesible en nuestro propio entorno, dondequiera que estemos: a ningún bebé debería faltarle nunca la leche humana. Ahora, si me lo permiten, voy a dar paso a Gillian Weaver, especialista en bancos de leche humana desde hace más de 36 años, cofundadora de la Asociación de Bancos de Leche del Reino Unido, de la Asociación Europea de

Bancos de Leche y de la Alianza Mundial de Bancos y Asociaciones de Leche Humana. Ahora nos presentará el camino a seguir: cuál es nuestro llamamiento a la acción. Gillian, todos tenemos muchas ganas de escucharte. Con todos estos 36 años de experiencia, has escuchado a la Dra. Queen, has escuchado a las panelistas, has escuchado todas esas buenas historias. ¿Con qué quieres que nos quedemos?

Gillian Weaver — experta en bancos de leche humana, llamamiento a la acción

[01:20:31] Gracias, Doris. Pues bien, allá vamos: el camino a seguir, un llamamiento a la acción. Antes de empezar, tengo que decir que estoy muy emocionada de estar aquí en lo que considero un día muy importante en la historia de los bancos de leche humana. El lanzamiento de las normas de la OMS es un logro fantástico. Pero ¿qué viene después? Además, me encanta esta fotografía, que nos dice mucho sobre los bancos de leche humana. Pero sigamos: si podemos pasar a la siguiente diapositiva, por favor. «Queremos abrir un banco de leche». Me pregunto cuántos de ustedes, en este seminario, han pronunciado esas palabras o, de hecho, han recibido una petición de ayuda. Si podemos hacer clic un par de veces más... y también en el mapa. Gracias. El mapa incluye muchos de los casi 800 bancos de leche que hay en más de 60 países, pero habría sido muy distinto hace 20 años. Aquí tienen una lista de algunos de los primeros bancos de leche de su país o región que se han establecido en las últimas décadas, y dónde se encuentran; pido disculpas por los que inevitablemente me he dejado. Así que ha sido un movimiento verdaderamente mundial, pero hasta ahora ha tenido que crecer sin acceso a normas plenamente adecuadas a escala mundial. Por eso, la disponibilidad de estas normas, junto con las orientaciones de aplicación, va a cambiar las reglas del juego tanto para los futuros bancos de leche como para los que ya funcionan. Si podemos pasar a la siguiente diapositiva. Como hemos venido escuchando, estas normas dan prioridad a estrategias integrales que protegen, promueven y apoyan la lactancia y el amamantamiento, que son la piedra angular de la nutrición del recién nacido, así como a un acceso equitativo y garantizado a leche humana donada segura y de alta calidad. Y hay objetivos clave, incluidas prioridades operativas para optimizar los costos, encajar en el marco normativo y reglamentario y respetar las normas culturales y sociales. Esos son algunos de los mensajes principales. Pero, si pasamos a la siguiente diapositiva: cuando pensamos en mejorar los resultados, ¿cuáles son los primeros pasos? Estas normas se han diseñado también para facilitar una planificación reflexiva —como hemos visto en algunos de estos fantásticos ejemplos— y un diseño de sistemas adecuado al contexto. Facilitan el establecimiento, a nivel de país, de sistemas de bancos de leche humana resilientes y sostenibles, integrados, por supuesto, en las estrategias de atención neonatal y de promoción de la lactancia materna. Y también facilitarán la capacidad de responder a las necesidades locales y de promover la equidad y la calidad en los servicios de atención materna y neonatal. Para que estos primeros pasos no se queden en el camino, tenemos que hacer realidad estas esperanzas. Si podemos pasar a la siguiente diapositiva, por favor, llegaremos a nuestro llamamiento a la acción, basado en gran parte en lo que hemos escuchado hoy. Ante todo, necesitamos establecer sistemas de bancos de leche humana resilientes y sostenibles, integrados en la atención neonatal y en las estrategias de nutrición y de promoción de la lactancia materna, que respondan a las necesidades locales y promuevan la equidad y la calidad en los servicios de atención materna y neonatal. Necesitamos incluir la leche humana donada en los indicadores de alimentación y de lactancia. Por primera vez, la encuesta más reciente sobre alimentación infantil del Reino Unido incluyó preguntas sobre la leche humana donada, y espero que la próxima encuesta incluya más. En

general, necesitamos una recopilación de datos mejorada y pertinente: actualmente no tenemos, ni de lejos, suficientes datos e indicadores de alimentación, ni en el ámbito neonatal ni en el de la nutrición.

Necesitamos asegurarnos de que se tenga en cuenta a los bancos de leche cuando se estudien formas de reforzar la nutrición neonatal y las competencias especializadas en lactancia, a todos los niveles y en todas las disciplinas. Y espero que podamos asegurarnos de que el desarrollo de soluciones asequibles para los procesos y desafíos tecnológicos no se olvide en medio del desarrollo de equipos y procesos de alta tecnología. Fue estupendo escuchar el ejemplo de Uganda y del Piastra. Y, por último, es necesario establecer marcos reglamentarios claros, que presten atención a la ética y a las preocupaciones en torno a la comercialización. Así que este es un llamamiento a las entidades ejecutoras y a los financiadores de todo el mundo. En plena transformación de la salud mundial, no podemos perder de vista que esta es una población prioritaria y que la leche humana es una intervención prioritaria para estos lactantes tan vulnerables. Gracias.

Doris Mollel — Moderadora

[01:26:16] Muchas gracias. Muchísimas gracias, Gillian. Por favor, quiero ver pulgares arriba y un aplauso para Gillian Weaver por darnos un llamamiento a la acción. Estoy encantada y muy agradecida al Colectivo Mundial para la Lactancia Materna, a UNICEF y a la OMS por traernos estas valiosas orientaciones, y estamos seguros de que, como actores y defensores de la salud materno-infantil, seguiremos impulsando esta agenda a nivel mundial y en todos los lugares donde podamos alzar la voz a favor de los bancos de leche humana y, por supuesto, de la donación, que ayudará a los bebés a sobrevivir y desarrollarse plenamente. Me siento agradecida por haber moderado esta sesión y muy agradecida por el excelente trabajo que han realizado. Todos ustedes han compartido historias preciosas; hemos escuchado a muchísimas personas. Pero ahora que llegamos al final, y solo nos quedan tres minutos, permítanme dar paso a Laurence Grummer-Strawn para las palabras de clausura. El Dr. Grummer-Strawn es jefe de la Unidad de Acción sobre Nutrición y Sistemas Alimentarios de la Organización Mundial de la Salud, donde coordina la labor de la OMS sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Anteriormente fue jefe de la División de Nutrición de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Es autor de más de 180 publicaciones científicas y goza de reconocimiento internacional por su trabajo sobre políticas de lactancia materna y por la elaboración de las curvas de crecimiento de los CDC y de la OMS. Tiene la palabra, Dr. Grummer-Strawn. Tenemos muchas ganas de escuchar sus palabras de clausura antes de cerrar este hermoso acto, tan histórico para todos nosotros.

Dr. Laurence Grummer-Strawn — OMS, palabras de clausura

[01:28:04] Muchas gracias, Doris. Haré lo posible por ser breve ahora que llegamos al final. Solo quería resumir lo que, para mí, son las principales conclusiones del seminario de hoy, los mensajes clave que creo que han surgido de todas las intervenciones. En primer lugar, aunque hoy nos hemos centrado en los bancos de leche humana donada, esto tiene que situarse en un contexto más amplio. La primera recomendación que siempre hacemos para la atención de estos bebés es alimentarlos con la leche de su propia madre. Y eso significa que tenemos que brindar un mejor apoyo a las madres para asegurarnos de que hacemos todo lo posible para que así sea. Solo vemos los bancos de leche humana donada como una opción de reserva, como un puente, cuando la leche de la madre no es suficiente o la madre tiene dificultades. También hay que

considerar que la lactancia por una nodriza puede ser otra opción en muchos contextos. Así que no deberíamos saltar directamente a los bancos de leche humana donada: se inscriben en este conjunto más amplio. En segundo lugar, tenemos que seguir una serie de pasos para garantizar que la leche humana donada sea realmente segura y de calidad. Tradicionalmente nos hemos centrado mucho en la seguridad: cómo vamos a pasteurizar esta leche, cómo vamos a protegerla. Y no hemos reflexionado tanto sobre la calidad. Creo que una de las principales aportaciones de estas normas es cómo asegurarnos de hacerlo de manera que protejamos las cualidades nutricionales de la leche y sus propiedades bioactivas, para que sea lo más beneficiosa posible para el bebé. Tradicionalmente, la pasteurización ha sido la forma de proteger la seguridad de la leche. Y lo que estas normas señalan es que existen otras alternativas: podemos utilizar leche cruda en determinadas circunstancias, con ciertas salvaguardias. En cierto modo, es una nueva forma de pensar. En tercer lugar, los países tendrán que estudiar distintas maneras de organizar estos sistemas. No se trata solo de que un hospital diga: «Vamos a poner en marcha un banco de leche». Tenemos que reflexionar sobre la regulación: ¿lo centralizamos o lo descentralizamos? ¿Cómo queremos organizar la coordinación en todo el país? ¿Cómo nos coordinamos con la atención clínica para asegurarnos de que atendemos a las madres? ¿Cómo nos coordinamos con otros productos médicos que puedan utilizarse en nuestros servicios de salud? ¿Necesitan sistemas de cribado similares, sistemas de procesamiento similares, o no? ¿Qué va a funcionar? En los documentos intentamos ofrecer muchas consideraciones al respecto, pero son cuestiones sobre las que cada cual tendrá que reflexionar. Y, por último, lo que creo que realmente se desprende de los ejemplos de los países es que los bancos de leche humana donada no son un problema, como a veces se ha pensado, algo que nos distraería del apoyo a las madres. De hecho, lo que observaron es que aumentan el apoyo a la atención de la lactancia. Y no tienen por qué ser exclusivos de los entornos de ingresos altos: podemos encontrar soluciones para hacerlo también en entornos de ingresos bajos. Así que es una solución que puede formar parte de nuestro sistema de salud para apoyar la lactancia materna de manera más amplia. Quiero terminar agradeciendo a muchas de las personas que han hecho posible todo esto. En primer lugar, a quienes elaboraron las normas, el grupo de elaboración de normas, un conjunto clave de expertos de todo el mundo dirigido por Maryanne Perrin, a quien han escuchado hoy; a nuestros equipos de revisión sistemática, que examinaron una enorme cantidad de literatura para reunir esas normas; al grupo de expertos de las orientaciones de aplicación, que aportó la perspectiva de los programas de coordinación de los países, tanto a nivel de los ministerios de salud como de los propios bancos de leche; y al grupo de partes interesadas, que representa a muchos bancos de leche de todo el mundo y nos ha ayudado a definir qué preguntas debemos abordar y cómo analizarlas. Quiero agradecer especialmente al equipo de PATH, que ha reunido todo este trabajo y ha sido nuestro principal apoyo durante muchísimos años en la elaboración de ambos documentos; hoy han escuchado a algunos de sus integrantes en las presentaciones. Quiero dar las gracias a nuestras ponentes, en particular a las de los países —Uganda, la India y Viet Nam— por sus aportaciones, y a ti, Doris, por guiarnos a lo largo de toda esta presentación. También, entre bastidores, Janette McCulla y Jurgen Johnson se han encargado de gran parte de la logística de este seminario, junto con un equipo más amplio de UNICEF y PATH que nos ha apoyado en todo momento. Y, por último, gracias a todos ustedes, los participantes. Espero que les haya resultado útil y que los documentos les sirvan. Muchas gracias. Que tengan un buen día.

[01:32:20] Muchas gracias. ¿Puedo ver esos aplausos? ¿Puedo ver los pulgares arriba? Muchas gracias. Por fin tenemos las orientaciones. Vamos a aplicarlas. Vamos a hacer un muy buen trabajo y a asegurarnos de que los bebés reciban leche de sus madres. Ya sea donada o directamente del pecho, hagamos que los bebés reciban toda la nutrición que merecen para crecer y desarrollarse plenamente. Les ha hablado Doris Mollel, directora ejecutiva de la Fundación Doris Mollel y defensora de los recién nacidos pequeños y enfermos. Muchas gracias por invitarnos. ¡Adiós!