Universidad Andrés Bello
Instituto de Salud Pública
Magister en Salud Pública Con Menciones (Epidemiología y Gestión en Salud)

Tesina

Tendencia de Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses en Chile Antes (abril 2018 a febrero 2020) y Durante (marzo 2020 a diciembre 2021) la Pandemia de COVID-19.

Autores:
Ximena Carolina Abarca Piña
Erna Cristina García Farías
Carolina Paz Méndez Benavente
Eugenia Marisol Morales Cornejo
Paz Alejandra Pinto Amaya

Profesora Tutora:
Patricia Gassibe
Especialista en Salud Publica y Epidemiologia de la U. de Chile. Docente en el Programa de Epidemiología aplicada a la Gestión dictado actualmente por la Bloomberg School of Public Health de The Johns Hopkins University, en alianza con la Universidad Andrés Bello, y otras 5 importantes Universidades de América Latina y Europa.

Santiago de Chile
2023

Dedicado a todas las mujeres madres y a las futuras…

La maternidad es un experiencia única y maravillosa que cambia la vida de las mujeres para siempre, nos enseña la verdadera esencia del amor incondicional a través del vínculo madre-hijo y la lactancia materna, la alegría, responsabilidad y la gratitud, entre otras, como también nos da la oportunidad de descubrir la fuerza del espíritu humano para amar y cuidar de alguien más. Es una experiencia constante que nos hace crecer y nos permite ver el mundo de forma diferente.

Ximena Abarca P.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestras familias, a nuestros compañeros y a nuestra tutora Patricia Gassibe, personas claves durante el desarrollo de este proceso.

Resumen ejecutivo

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de vida y en forma complementaria a la alimentación sólida, hasta al menos los dos años de vida. En efecto, la leche materna ha sido definida como un fluido bioactivo, que permite a los niños tener un menor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y presentar menor incidencia y severidad en caso de contraerlas. La leche humana contiene gran cantidad de elementos inmunológicos que destruyen bacterias, virus y parásitos, y además de dar inmunidad pasiva al niño, acelera la maduración de sus órganos y sistema inmunológico. En consecuencia, los nutrientes que se encuentran presentes en la leche materna de una madre sana y bien nutrida, logran satisfacer las necesidades del RN, lo que está en la línea de lo señalado por la UNICEF que dice que la LME es un tipo de alimentación que consiste en que el bebé sólo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido, a excepción de vitaminas, minerales o medicamentos. El objetivo de este estudio es conocer la Tendencia de Lactancia Materna Exclusiva al sexto mes de vida antes (abril del 2018 a febrero 2020) y durante (marzo 2020 a diciembre 2021) la pandemia por COVID-19 en Chile. Con este proyecto queremos contestar la siguiente pregunta: ¿Cuál es la tendencia de LME en los lactantes de 6 meses atendidos en los establecimientos de atención primaria de salud (APS) de Chile entre el período de abril del 2018 a febrero del 2020 (pre pandemia) y el período de marzo del 2020 a diciembre del 2021(durante la pandemia)? **Material y Métodos:** La investigación corresponde a un estudio ecológico observacional de carácter retrospectivo, realizado a partir de los datos extraídos de los registros estadísticos mensuales (REM) emitidos en la APS y disponibles en el Departamento de Información y Estadística en Salud (DEIS). La población de estudio son los lactantes de 6 meses que se controlaron en la APS en los periodos mencionados, la muestra es por conveniencia. Dentro de las consideraciones éticas la base de datos es anónima, lo que resguarda la confidencialidad del sujeto de estudio. La consolidación de los datos mensuales fue realizada en una planilla Excel, segmentada por región y el acumulado país. Para el análisis de los datos se calculó la prevalencia y prevalencia ponderada de la LME a partir del número total de lactantes controlados a los 6 meses de vida y los que registraron LME en ese mismo período, de acuerdo con los meses del estudio y según cada región de Chile. Se determinó la variación porcentual acumulada y la variación porcentual anual de la prevalencia utilizando un modelo de regresión lineal. Se considera una significancia estadística cuando el valor p es $< 0,05$ con un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** La prevalencia de LME de los lactantes controlados a los 6 meses de vida durante el período de abril del 2018 a febrero del 2020 (prepandemia), es de un 61%, comparado con 57,92% obtenido en el período de marzo del 2020 a diciembre del 2021 (durante la pandemia). En Chile la mayor prevalencia de LME se logró en noviembre de 2019 con un 63,75%. Al realizar análisis por regiones, se aprecia que la Región de La Araucanía tiene la prevalencia más alta de LME, que es de un 70,2% y la menor a la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena, correspondiendo a un 42,9%. La prevalencia promedio del país en ambos periodos estudiados, es de 59,6%. En el periodo pre- pandemia la variación porcentual anual (VPA) sigue una tendencia positiva en la mayoría de las regiones y a nivel nacional, sin embargo, este hallazgo no es significativo $p>0,005$. Por el contrario, al observar el periodo de pandemia, la variación porcentual anual sigue una tendencia negativa en todas las regiones y también a nivel nacional, siendo en este caso, estadísticamente significativo $p<0,05$. **Discusión y Conclusiones:** Según lo descrito en la literatura y lo encontrado en este estudio, durante el período de pandemia comparado con el periodo pre pandemia se observan menores prevalencias de LME a los 6 meses de vida, a pesar de las medidas implementadas por el gobierno, como la ley de Crianza

Protegida, que otorgó una extensión al permiso postnatal parental con un beneficio máximo de 90 días. En conclusión, este estudio evidencia una disminución de la asistencia a controles de salud en los establecimientos de APS, de los lactantes de 6 meses de vida en el periodo de pandemia, así como también y de manera significativa de la prevalencia de la LME de este grupo etario. Se esperaba que producto del confinamiento como consecuencia de la pandemia, y el probable aumento de la oportunidad de brindar lactancia materna que esto conlleva, la LME al sexto mes de vida podría haber aumentado, lo cual no fue confirmado en este trabajo, visualizando la necesidad de realizar nuevas investigaciones en esta área, focalizándose en las causales y/o factores de riesgo asociados. **Propuesta de Mejora:** La propuesta de mejora se basa principalmente en el ámbito de educación en salud de una manera innovadora, focalizada y estratificada ya que, las estrategias que se utilizan hoy en día son de amplio espectro y no responden a las características y necesidades particulares de la población a la que están enfocadas. Se proponen las siguientes estrategias a continuación: 1) Identificación de causas y/o factores de riesgo para la no adherencia a la LME. Se establecen medidas según la clasificación de riesgo, 2) Grupos de Apoyo Virtuales: grupos de apoyo virtuales de comunidades de madres que se apoyen mutuamente durante la lactancia materna, a través de las plataformas digitales, 3) Campañas de Concientización Digital de LME: realizar campañas con videos educativos, infografías, testimonios de madres y mensajes motivacionales para concientizar y sensibilizar a la población y romper mitos o barreras relacionados con la lactancia materna, entre otros, 4) Seguimiento telefónico: seguimiento para el acompañamiento de los casos intervenidos, 5) Sistema de reconocimiento de madres y lactantes con LME: implementar un sistema de reconocimiento y premiación para madres y lactantes que cumplan 6 meses con LME (como por ejemplo premios de clases de yoga). 6) Fortalecer en los establecimientos los recursos de apoyo a la lactancia materna: fortalecer el arsenal terapéutico de los hospitales y los establecimientos de APS, como por ejemplo acceso a cremas para el cuidado del pezón. Los factores identificados que podrías ser críticos serían: 1) La adecuada clasificación de riesgo de las gestantes y puérperas, para medidas individualizadas, 2) Asignación de recursos económicos acorde a las estrategias planteadas, 3) Compromiso de los equipos de salud en la promoción de la LM, 4) Personal capacitado en LM, para disminuir la variabilidad interoperador, 5) Factores sociodemográficos propios de las madres. La sumatoria de las estrategias mencionadas, podrán ser evaluadas a mediano y largo plazo, en base a la tendencia de la prevalencia de la LM.

Índice

Dedicatoria **i**

Agradecimientos **i**

Resumen Ejecutivo **ii**

Capítulo I

Introducción 8

Capítulo II

Marco teórico 9

2.1 Historia de la lactancia materna, su aporte y evolución en el tiempo 9

2.2 Epidemiología de la lactancia materna 10

2.3 Lactancia Materna y Teoría del Autocuidado 12

2.4 Beneficios de la lactancia materna para el recién nacido y la madre 13

2.5 LM en la Salud Pública en el periodo de la pandemia en Chile 15

2.6 Marco legal que Fortalece la LM en Chile y en tiempos de pandemia 16

2.7 Pregunta de investigación 17

Capítulo III

Objetivos

3.1 General 17

3.2 Específicos 17

Capítulo IV

Marco Metodológico 17

Capítulo V

Resultados 19

Capítulo VI

Discusión y Conclusiones 25

Capítulo VII

Recomendaciones de Mejora 26

Glosario 29

Referencias Bibliográficas 30

Índice de Tablas y Gráficos

Tablas

5.1 Tabla N° 1: Variación porcentual anual (VPA) y variación porcentual acumulada (VP) de la prevalencia de lactancia materna exclusiva en el periodo 2018-2020 y 2020- 2021…….26

Gráficos

5.1 Gráfico 1: Prevalencia de LME, FL, LM/FL, LM más sólidos a los 6 meses de vida durante el periodo de abril del 2018 a diciembre 2021……...23

5.2 Gráfico 2: Prevalencia de LME por regiones durante la prepandemia (abril 2018 a febrero 2020) y durante la pandemia (marzo 2020 a diciembre 2021).....24

5.3 Gráfico 3: Número de niños controlados en APS a los 6 meses de vida entre abril 2018 a diciembre 2021……...25

5.4 Gráfico 4: Prevalencia de FL, LM/FL; LME; LM/más sólidos en lactantes de 6 meses controlados en APS durante abril del 2018 a diciembre del 2021……..27

Capítulo I: Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de vida y en forma complementaria a la alimentación sólida, hasta al menos los dos años de vida (OMS, 2018). Diversos estudios demuestran los beneficios de la lactancia materna tempranamente, partiendo de la primera hora de recién nacido.

Durante el último siglo, la prevalencia de alimentación al inicio de la vida con lactancia materna (LM) ha ido en disminución por variados factores bioculturales, siendo sinónimo de libertad femenina la integración de fórmulas sucedáneas de leche en reemplazó al tradicional amamantamiento y LM.

Los múltiples beneficios de la práctica de la LM, tanto para la madre como para el lactante han sido estudiados ampliamente, van más allá de la supervivencia en términos de una mejor salud inmunológica, nutricional y de seguridad alimentaria, desarrollo biopsicosocial materno-infantil, familiar y social, así como también el aporte para la salud pública chilena, debido a esto es la intervención universal más rentable para prevenir la mortalidad infantil y enfermedades.

Sin embargo, la declaración de la alerta sanitaria por emergencia de salud de relevancia internacional causada por el virus SARS-CoV-2 anunciada por el director de la OMS el 30 de enero del año 2020, y luego la declaración de Pandemia por la misma entidad el 11 de marzo del mismo año, obligó a establecer una serie de medidas para controlar la propagación en respuesta a los brotes de COVID-19. En este sentido, pese a las recomendaciones de expertos y académicos en las estrategias de refuerzo en la no interrupción del proceso de la LM y amamantamiento, se desconoce la tendencia de la LM en Chile.

El presente estudio de salud pública tiene como finalidad visibilizar cómo ha evolucionado la prevalencia o tendencia de la LME en los lactantes de 6 meses a nivel regional y nacional en Chile, y si esta se modificó durante la pandemia de COVID-19 en relación a como venía dándose en tiempo pre pandemia. La relevancia del estudio se vincula directamente con la meta de objetivos propuestos por OMS para los países hacia el año 2025, de tal manera que las conclusiones agregan valor a la información disponible para establecer si se está o no en la dirección correcta para que Chile alcance esa meta.

Finalmente, esta fuente de información es útil debido a que existe un interés renovado por rescatar como práctica ancestral la LM, basados en los beneficios de esta como una de las medidas más costo efectivas y, por otra parte, para el diseño y formulación de políticas públicas de amplio espectro frente a futuros escenarios críticos de salud, además de establecer un paso inicial para fortalecer y sensibilizar futuras investigaciones de salud pública en el área Materno-infantil.

Capítulo II: Marco Teórico

I-Historia de la Lactancia Materna, su Aporte y Evolución en el Tiempo

La historia de la lactancia como acto biológico es tan antigua como la humanidad y es un proceso que afecta la vida de las mujeres dependiendo de su etnia, clase social, creencias, lugar donde vivan y la educación a la que hayan tenido acceso (G. de la P. Sosa Barba, V. Rodríguez López, A. Partida Márquez, 2018).

La lactancia materna ha sido fundamental para la supervivencia de la raza humana. La forma de llevarla a cabo es la que ha variado a través de los años y de las diferentes culturas. En Babilonia, India y Egipto, por ejemplo, existe evidencia de que se alimentaban a los niños con leche materna hasta los 3 años de vida. En Egipto amamantar era considerado un honor. En otras culturas antiguas, especialmente en las mujeres de mediana y alta condición social el amamantamiento de los hijos no fue llevado a cabo por sus madres, sino que fue delegado a nodrizas que asumen esta función y los alimentaban con su leche y complementaban su nutrición, además, con leches de otras especies y preparados de cereales (L. Landa Rivera y J.M. Paricio Talayero, 2008).

La incorporación de las mujeres al mundo laboral y el desarrollo industrial de fines de siglo XIX e inicios de siglo XX aportó la alimentación con sucedáneos, lo cual desde una perspectiva sociológica feminista fue considerado “una liberación para la mujer” que ingresaba a trabajar, pero a la vez un interés económico de las empresas productoras de sucedáneos, que, si bien resultó en un complemento alimentario, generó otras voces que señalaban que perjudicaba la lactancia materna. Un avance científico importante permitió que a fines del siglo XIX se modificara la leche de vaca para acercarla a las características de la leche materna humana. Esto disminuyó la mortalidad provocada por la alimentación de los lactantes con leche de vaca (J.M. Paricio Talayero y M.T. Hernández Aguilar. 2008).

En algunas sociedades tradicionales, especialmente en zonas campesinas la lactancia materna ha permanecido invariable a través del tiempo, en otras sociedades como Europa y América del Norte muchas madres no lactan a sus hijos. La tendencia a no amamantar fue más evidente en las décadas de 1950 a 1960, donde menos de un 15% de los niños de Norteamérica menores de 2 meses eran alimentados con LM. Sociedades de Asia y América Latina, también presentaron una considerable declinación en la lactancia en ese período. Esta tendencia presenta un incremento modesto a mediados de 1990 particularmente en madres con un nivel de educación mayor. En contraste, en países de África, Asia y América las tasas de lactancia son frecuentemente menores en zonas urbanas que en zonas rurales (M. Latham,2002).

Durante las últimas décadas se han publicado extensos estudios sobre composición y beneficios de la lactancia materna y sobre la comparación con sus sustitutos. La mayor parte de esta evidencia respalda las ventajas de la leche materna por sobre los sucedáneos. En 1979, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF organizaron una reunión en Ginebra, Suiza, donde un grupo de expertos se reunió con representantes de la industria entre otros para discutir una regulación que controlara la promoción de las fórmulas sucedáneas de la leche materna. En mayo de 1981, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna el que

en su artículo más importante señala que “No se debe hacer publicidad u otra forma de promoción de productos para el público en general dentro del ámbito de este Código” (OMS,2021).

Diferentes publicaciones de la OMS y del MINSAL, establecen la relevancia que el lactante se alimenta de leche materna. En efecto, la leche materna ha sido definida como un fluido bioactivo, que permite a los niños tener un menor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y presentar menor incidencia y severidad en caso de contraerlas. La leche humana contiene gran cantidad de elementos inmunológicos que destruyen bacterias, virus y parásitos La leche materna, además de dar inmunidad pasiva al niño, acelera la maduración de sus órganos y sistema inmunológico (Minsal,2015).

En consecuencia, los nutrientes que se encuentran presentes en la leche materna de una madre sana y bien nutrida, logran satisfacer las necesidades del RN, lo que está en la línea de lo señalado por la UNICEF que dice que la LME es un tipo de alimentación que consiste en que el bebé sólo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de vitaminas, minerales o medicamentos (UNICEF, 2018).

Debido a los beneficios y aportes al desarrollo del RN o del lactante, resulta relevante establecer cómo se ha desarrollado la tendencia de la lactancia materna en la actualidad considerando las posibles limitantes que la pandemia pudiera haber producido en las formas de amamantamiento, toda vez que ella afectó la estructura de movilidad de las personas en cuanto a su estancia laboral, domiciliaria, de traslados, de acceso a fuentes de alimentación, además, de las fuentes de financiamiento que en muchos casos pusieron en peligro fuentes laborales y de ingreso.

II- Epidemiología de la Lactancia Materna

Globalmente, la mayoría de los recién nacidos deben esperar demasiado tiempo para comenzar a recibir lactancia materna. Solo en 2017, aproximadamente 78 millones de recién nacidos tuvieron que esperar más de una hora para recibir leche materna. Esto significa que dos de cada cinco niños (as) (42%), nacidos en países de bajos y medianos ingresos, recibieron leche materna dentro de la primera hora de vida. Existe un alto impacto de la LM a nivel de la mortalidad infantil, tiene el potencial de prevenir más de un millón de muertes infantiles por año. La lactancia materna administrada dentro de la primera hora de vida reduce la mortalidad neonatal. La muerte súbita del lactante se reduce en un 36%. El efecto protector que se aprecia por la LM es válido tanto para los países en vías de desarrollo como para los subdesarrollados. (Brahm et al.,2017).

Observando las tasas de inicio temprano de la lactancia materna entre las regiones orientales del globo, estas son muy distintas. En Oriente Medio y África del Norte alcanza a 35%, mientras que en África Oriental y Meridional llega al 65%. No se dispone de estimaciones para ningún país de América del Norte y Europa Occidental, resulta preocupante esta carencia de datos en muchos países de altos ingresos considerando la importancia del amamantamiento temprano. De igual manera, a nivel mundial no existe mucha información disponible sobre diferencias significativas en las tasas de inicio relacionadas con el género del bebe, el lugar de residencia (rural o urbano) o los recursos del hogar.

En la mayoría de los países de altos ingresos, el 21% de los niños nunca son amamantados, mientras que en los países de ingreso bajo y mediano solo el 4% no reciben leche materna. Esta amplia brecha expone que 2,6 millones de niños en los países de altos ingresos están perdiendo la oportunidad de beneficiarse de la lactancia materna (OMS,2018) (UNICEF,2018).

La tasa global de LME para los niños menores de seis meses es sólo del 40%. En las Américas, menos del 6% de los países tienen una tasa de lactancia exclusiva superior al 60% (Global breastfeeding scorecard, 2017).

Según las estimaciones realizadas en 2019, alrededor del 44% de los niños menores de 6 meses recibieron LME a nivel mundial, con un 33% en Latinoamérica, con la prevalencia más alta en Perú (69,8%). Considerando este escenario, Chile en el año 2018 se encuentra casi 15 puntos porcentuales por sobre la estimación mundial.

En el estudio de Teurich et al., se observa que Suecia (39%), Bélgica (28%) y España (18%) tienen las prevalencias más altas de lactancia materna exclusiva al sexto mes en comparación con otros países europeos.

En Chile, a fines de la década de los años 70 la prevalencia de la LME al sexto mes de vida no supera el 5%, lo que constituía un severo problema de salud pública. En esa época, las cifras de mortalidad infantil eran 55 por mil nacidos vivos, principalmente por enfermedades infecciosas, cuyo número disminuyó, cobrando mayor relevancia las afecciones perinatales y la patología congénita. El efecto de las campañas para revertir el problema, la prevalencia de la LM aumentó gradualmente, alcanzando un 43,1% en 2002 (Átalah et al.,2006).

Actualmente, según datos aportados de la Encuesta Nacional de Lactancia Materna en Atención Primaria (ENALMA), realizada en 2013, sólo el 56,3% mantiene la LME sobre los 6 meses, y se entiende que el 43,7% restante puede ser mixta o utilizar sucedáneos de la leche materna en reemplazo total. Dicha cifra podría estar influida por la entrada en vigencia de la ley pre y postnatal en Chile (ley 20.545), publicada en 2011.

Esta cifra revirtió la tendencia decreciente de la LME, posicionando a Chile a nivel mundial, entre los seis países con mayor prevalencia de LME al sexto mes (43%), por otro lado, la lactancia materna hasta los 12 meses llega a solo a un 36% (año 2011). Alcanzando un 59,4% en el año 2018 (Manual de Pediatría UC et al., 2020), lo que está cerca de alcanzar las metas propuestas, entre ellas, la OMS definió para el año 2020, llegar a un 50% de lactancia materna exclusiva (LME), el ministerio de salud (MINSAL) en cambio, estableció en la planificación sanitaria a través de la estrategia nacional de salud 2011-2020, para el mismo año, llegar a un 60%.

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, a nivel mundial, sólo un 38% de los niños menores de 6 meses son amamantados de manera exclusiva. Para mantener la continuidad y cerrar brechas, los objetivos de nutrición de la OMS para el 2025, recomiendan aumentar las tasas de LME al menos, un 50% durante el primer semestre de vida.

La incorporación de esta temática a la agenda 2030, abarca algunos objetivos de desarrollo sostenible (ODS), tales como: la seguridad alimentaria y nutricional, disminución de la pobreza, supervivencia, salud y bienestar, cambio climático, productividad, empleo femenino y las leyes, entre otras para mejorar la LME, así como también las políticas públicas (OMS, 2021) (ODS, 2021).

En Chile, de acuerdo a datos del MINSAL de 2017, la prevalencia de lactancia materna correspondía a un 57% y presentaba un incremento en los últimos 30 años de un 40%, y en el decenio 2007-2017 había aumentado 10%. En 2011 se aprobó la ley de permiso postnatal parental y entre 2014 y 2015 se observó un incremento de 12 puntos (Samuel Durán-Agüero, Paolo Castro ,2020).

Este aumento en las tasas de lactancia materna en Chile se relaciona con distintas estrategias que se han implementado y que incentivan el amamantamiento exclusivo hasta el sexto mes de vida. Las consejerías en los controles de salud, la extensión del postnatal, el sistema de protección social Chile Crece Contigo, la implementación de los Hospitales amigos de la madre y del niño, son algunas de gran relevancia. Pero también fue muy importante la promulgación de la Ley 20.869 de publicidad de alimentos, la cual consiste en impedir la publicidad de los sucedáneos de la leche materna, permitiendo el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, al que Chile se encuentra adscrito (Minsal, 2017).

III-Lactancia Materna y Teoría del Autocuidado

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de vida y en forma complementaria a la alimentación sólida, hasta al menos los 2 años de vida.

La leche materna constituye el mejor alimento para los recién nacidos y lactantes, ya que contiene todos los nutrientes necesarios (proteínas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales y agua) en cantidad justa, proporcionándole anticuerpos para construir y fortalecer su sistema inmunitario que protegen de distintas enfermedades, como las infecciosas, atópicas y cardiovasculares, entre otras (OMS et al., 2018).

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener la vida, salud y bienestar. Establece que toda persona tiene diferentes requisitos de autocuidado; universales, del desarrollo y en desviación de su salud (Cavanagh et al., 1993).

El acto de amamantar a la luz de la teoría de autocuidado que plantea Dorothea Orem, busca promover una intervención, tanto para fortalecer las capacidades de autocuidado que promuevan una lactancia eficaz, como para modificar las que la ponen en riesgo (Lucchini et al., 2002). Hay muchas razones para las bajas tasas de LM a nivel mundial (Unicef et al., 2018), pero, sin duda, los numerosos mitos y errores que la rodean empeoran la situación y aumentan las dudas y preocupaciones de las madres sobre esta etapa.

La evidencia ha mostrado que las madres que presentan problemas de lactancia materna temprana dejan de amamantar a sus hijos (as), con algún trastorno perinatal, entre ellos, los síntomas depresivos,

potenciando el abandono de esta práctica. Por lo tanto, es fundamental la valoración de los factores condicionantes para identificar los que podrían ser un riesgo para la lactancia exitosa como, por ejemplo; baja escolaridad, madre adolescente, experiencia previa negativa, falta de redes de apoyo, entre otras (Brahm et al., 2017).

De acuerdo a este modelo, la madre es el agente de cuidado de su hijo (a) y a ella le corresponde realizar prácticas de amamantamiento para satisfacer los requisitos de autocuidado asociados a la alimentación y vínculo (Orem et al., 2017). El autocuidado, como referente teórico, es de gran ayuda para persistir esta práctica, el proceso de refuerzo y apoyo educativo (Fernández et al., 2017) es la intervención más adecuada en pro de la vida y lactancia materna exitosa.

IV-Beneficios de la Lactancia Materna para el Recién Nacido y la Madre

La LME ha demostrado disminuir en un 64 % en la incidencia de infecciones del tracto gastrointestinal inespecíficas, este efecto se mantiene hasta dos meses después de la interrupción de la LM. Hay una disminución de un 30% del riesgo de presentar diarrea por rotavirus, siendo, además, un factor protector contra la infección por Giardia y de la hospitalización por infecciones gastrointestinales en recién nacidos. Las infecciones respiratorias bajas durante el primer año de vida se reducen en un 72% y la severidad por bronquiolitis en un 74%, en los lactantes con LME por al menos 4 meses (Eidelman, 2012). Una disminución del riesgo de presentar otitis media aguda de un 23% en los lactantes que reciben LM. Existe evidencia que disminuye el riesgo de: asma, dermatitis atópica, y eccema cuando es por al menos tres meses, como también reduce la rinitis a repetición y la alergia a la proteína leche de vaca si se administra por al menos cuatro meses (Brahm et al., 2017) (Shamir et al., 2016).

Actualmente, con respecto al rol protector que ejerce la LM contra, la hipertensión arterial (en recién nacidos prematuros), la dislipidemia y la diabetes mellitus (DM) tipo 2 durante la edad adulta, se suma la reducción de un 15 a un 30% de riesgo de obesidad (Brahm P., 2017). En el año 2015, un estudio de caso y controles demostró que la LM en los primeros 6 meses de vida, era un factor protector sobre la malnutrición por exceso entre los dos y tres años y 11 meses de edad (Jarpa, 2015). Existe una reducción del 30% del riesgo de presentar diabetes tipo 1 en los niños que reciben LM por al menos tres meses y una reducción de un 40% en la incidencia de DM tipo 2, esta última podría deberse al efecto en el control del peso y al autocontrol de la alimentación (Brahm et al., 2017).

El riesgo de leucemia en la infancia se reduce en un 19% cuando reciben LM por seis meses o más. Se aprecia una reducción de un 58% a 77% del riesgo de enterocolitis en los RN prematuros alimentados con LM exclusiva (Brahm et al., 2017).

Una reducción de un 52% de desarrollar enfermedad celíaca si reciben LM al momento de exponerse a alimentación con gluten, también existe una disminución del riesgo de enfermedades inflamatorias intestinales durante la infancia (Brahm et al.,2017).

En la madre, los beneficios para su salud que ejerce la LM son variados, se inician en el momento de la succión que realiza el recién nacido luego del nacimiento, lo que constituye el primer estímulo para la producción de oxitocina, favoreciendo la contracción uterina y acelerando el retorno a su tamaño normal, reduciendo la posibilidad de hemorragia postparto y de anemia. La oxitocina en altos niveles

puede aumentar el umbral del dolor, reduciendo las molestias maternas y contribuyendo a un mayor sentimiento de amor a su recién nacido. (Del Ciampo, 2018).

En el período de lactancia, aparece un período de infertilidad porque se suprime la progesterona y los estrógenos, cuando la LM es exclusiva la protección contra el embarazo es de alrededor de un 96% durante los primeros seis meses (Del Ciampo, 2018).

Durante el embarazo, se acumula un peso de 3 kilos de grasa que serán utilizados a lo largo de los primeros seis meses de lactancia, consumiendo alrededor de 2100 kcal/día, lo que se traduce en la reducción en promedio 450 gramos de peso por mes, sumado a la oxitocina que produce efecto lipolíticos y anorexigénicos. La grasa depositada intra-abdominal durante el embarazo, se moviliza durante la LM, reduce el peso materno y el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (Del Ciampo, 2018).

Las puérperas pueden desarrollar depresión dentro de las 12 semanas después del parto, en ellas se han encontrado niveles de oxitocina más bajos y niveles de cortisol elevados, por lo que la lactancia materna tendría un efecto protector contra la depresión postparto ya que aumenta los niveles de oxitocina y disminuye los niveles de cortisol, también ayudando a disminuir el estrés materno, reduciendo la ansiedad (Del Ciampo, 2018).

La reducción de estrógenos que se produce durante la LM, tiene un efecto protector contra el cáncer de mama, reduciendo las tasas de proliferación y diferenciación celular, con una reducción de un 4% de riesgo por cada año de LM (Del Ciampo, 2018).

Ante estos beneficios es oportuno citar el estudio de Martínez (2022), que identifica los factores que se asocian al mantenimiento de la LM después del parto, estos son:

1.- El inicio temprano de la LM se identificó como un factor que favorece la lactancia materna después del alta hospitalaria.

2.- Apoyo generado por la pareja durante el embarazo, parto y puerperio.

En el mismo estudio señalado se identifican los factores que dificultan la LM, destacando los siguientes:

1.- Embarazos múltiples o gemelares.

2.- Hospitalización del RN en unidad de cuidados intensivos.

3.- Utilización de anestesia peridural para manejo del dolor durante el parto.

4.- Recién nacido prematuro.

V-La lactancia materna en la Salud Pública en el periodo de la pandemia en Chile

Durante el confinamiento por la pandemia de COVID - 19, estudios revelan que no hay una relación entre la lactancia y la no asistencia a clases o controles prenatales. Las mujeres embarazadas y nodrizas representaron también una preocupación especial, quienes tenían sus propios temores frente al contagio de sus hijos y la seguridad de la lactancia materna (OPS et al.,2020).

La OMS en marzo de 2020, informaba que no se había detectado la transmisión de casos activos de COVID-19 a través de la leche materna, reconociendo que los científicos analizaban aún el tema, sin existir evidencia certera. Esta información entregada por la OMS ayudó a mantener el incentivo de la LM temprana, sin la posible distorsión que podría haber generado el temor a contagiar al RN en el proceso de amamantamiento.

Pese a lo anterior, la pandemia si trajo consigo la implementación de una serie de estrategias para enfrentarla, los confinamientos son parte de ello. En el estudio de cohorte realizado por Doménico Martinelli en el año 2021, a puérperas se evidencia que el confinamiento domiciliario provocó una disminución de la LME en la población en estudio, las diferencias se reflejan durante la hospitalización, durante los 30 y 90 días de vida del RN. Esto confirma que el periodo donde la madre y el RN permanecen hospitalizados es crucial para entregar las herramientas para prolongar la lactancia materna en el hogar. La tasa de LME a los 30 días alcanzó el 80%, siendo menor en el grupo en confinamiento de un 58,5%. Esto permite preguntarse cómo fue la evolución de la tendencia de la lactancia materna en los primeros seis meses de vida en la pandemia.

A poco más de un año de la llegada de la Pandemia COVID-19 a Chile, y a propósito del inicio de la vacunación en embarazadas con semanas de gestación mayor a 16 semanas, académicos universitarios recomendaron formalmente no interrumpir el proceso de lactancia antes de los 6 primeros meses de vida y reforzaron la tesis que la vacunación de la madre permite a través de la lactancia el traspaso de anticuerpos al lactante (Marín et al., 2021). Existía una inquietud en las madres por el posible impacto del amamantamiento, por tanto, esta aseveración de la comunidad científica-académica fue muy oportuna y vino a reforzar distintas medidas como las "Recomendaciones para la protección y promoción de la lactancia materna en el contexto de pandemia por Covid-19".

Una década antes ya se reconocía a la LM, como fenómeno biocultural (Manual de lactancia materna, 2010). Se dejaba establecido así que el fomento de la lactancia materna era la intervención más rentable desde una perspectiva de formulación de políticas públicas en salud para prevenir la mortalidad infantil. En escenarios de crisis socioeconómicas producidas por grandes problemas como lo fue la pandemia, el fortalecimiento de la LM resulta ser una medida eficiente, pese a ello la tasa global de LME para los niños menores de 6 meses es sólo del 40%.

VI- Marco legal que Fortalece la Lactancia Materna en Chile y en tiempo de Pandemia COVID-19

En Chile, la primera normativa que se ocupaba de la protección a la maternidad, fue promulgada hace más de un siglo, el día 17 de enero del año 1917, a través, de la Ley N° 3.186, la cual "Establece el servicio de cunas en las fábricas, talleres o establecimientos industriales que ocupen 50 o más mujeres mayores de 18 años". En su artículo uno, indica que se "deberá disponer de una sala, especialmente

acondicionada para recibir en las horas de trabajo a los hijos de las obreras durante el primer año de edad", señalando en el artículo segundo, que "Las madres a que se refiere el artículo anterior tendrán derecho a disponer, para amamantar a sus hijos, de porciones de tiempo que en conjunto no excedan de una hora al día. El valor de este tiempo no podrá ser descontado del salario de la madre, cualquiera que sea la forma de remuneración de su trabajo, y el derecho a usar de este tiempo en el objeto indicado, no podrá ser renunciado" (Sanfuentes,1917). Esta ley, sin embargo, no favorecía a las madres que se desempeñarán en los establecimientos con menos de 50 mujeres y excluía a las madres trabajadoras menores de 18 años.

Desde la introducción de la primera norma en relación a la LM hasta ahora, ha habido un avance sustantivo en materia legislativa, todas en el sentido de robustecer esta práctica, donde el periodo de crisis sanitaria reciente, no ha sido la excepción. Con motivo de la pandemia, el 27 de julio 2020, se promulga la ley 21.247, denominada, ley de Crianza Protegida, otorgándole beneficios a los padres o madres que estén haciendo uso del permiso postnatal parental o que tengan el cuidado personal de niños o niñas nacidos a contar del año 2013. En primer término, para aquellos trabajadores que se encuentren haciendo uso de un permiso postnatal parental cuyo término ocurra durante la vigencia del estado de excepción constitucional de catástrofe por causa de la enfermedad COVID-19, la ley establece una licencia médica preventiva que regirá a partir del vencimiento del permiso postnatal. La Licencia Médica Preventiva Parental es un beneficio de 30 días que se puede prorrogar 2 veces, totalizando un beneficio máximo de 90 días a utilizar mientras se encuentre vigente el Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe". Este beneficio se fue extendiendo y actualizando ininterrumpidamente, siendo la última actualización promulgada el 18 de noviembre del año 2022, a través de la ley Nº21.510 que permitió extender, transitoriamente, el permiso postnatal parental hasta el 31 de diciembre del 2022. (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 2020), (Biblioteca Nacional del Congreso de Chile, 2022).

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la tendencia de lactancia materna exclusiva (LME) en los lactantes de 6 meses atendidos en los establecimientos de atención primaria de salud (APS) de Chile entre el período de abril del 2018 a febrero del 2020 (pre pandemia) y el período de marzo del 2020 a diciembre del 2021(durante la pandemia)?

Capítulo III: Objetivos

Objetivo General

Conocer la Tendencia de Lactancia Materna Exclusiva al sexto mes de vida antes (abril del 2018 a febrero 2020) y durante (marzo 2020 a diciembre 2021) la pandemia por COVID-19 en Chile.

Objetivos Específicos

1) Calcular la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los lactantes al sexto mes de vida atendidos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) de Chile entre el periodo desde abril del 2018 a diciembre del 2021.

2) Describir la evolución de la tendencia de la lactancia materna exclusiva en los lactantes de 6 meses de vida atendidos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) de Chile entre el periodo abril del 2018 a diciembre del 2021 (pre pandemia y durante la pandemia).

Capítulo IV: Marco metodológico

Tipo de Estudio

La investigación corresponde a un estudio ecológico observacional de carácter retrospectivo, realizado a partir de los datos extraídos de los registros estadísticos mensuales (REM) emitidos en la Atención Primaria de Salud y disponibles en el Departamento de Información y Estadística en Salud (DEIS). Así, poder estimar la tendencia de lactancia materna exclusiva (LME) al sexto mes de vida entre los períodos de abril del 2018 a febrero 2020 y de marzo 2020 a diciembre del 2021.

Instrumento

Los datos han sido extraídos de los REM emitidos en la Atención Primaria de Salud y disponibles en el DEIS (datos extraídos 5 enero 2023). Se realizó la consolidación de los datos mensuales entre abril del 2018 a diciembre del 2021 en una planilla Excel, segmentada por región y el acumulado país. Las variables en estudio son:

- Número de lactantes a los 6 meses con lactancia materna exclusiva.
- Número de lactantes a los 6 meses con lactancia materna y fórmula láctea.
- Número de lactantes a los 6 meses con fórmula láctea exclusiva.
- Número de lactantes a los 6 meses con lactancia materna más sólidos.
- Número de lactantes controlados a los 6 meses.

Definiciones (Fuente Manual REM 2020– 2023):

- **Lactancia Materna Exclusiva (LME):** Consiste en el tipo de alimentación que el lactante menor de 6 meses sólo recibe leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de vitaminas, minerales o medicamentos.
  La Ley 21.155 establece medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio, y releva el derecho preferente del hijo ser amamantado directamente por su madre, salvo que por indicación médica o decisión de la madre se resuelva lo contrario; es decir, reconoce la autonomía de la madre en la decisión de amamantar.
- **Lactancia Materna/Fórmula Láctea (LME / FL):** Consiste en la alimentación que recibe el lactante menor a 6 meses, cuyos volúmenes de lactancia materna y fórmula láctea se distribuyen de distintas formas durante el día. Incluye en este indicador la lactancia materna predominante (entre 50% y 90% de lactancia materna) y fórmula predominante (entre un 10% y 49,9% de lactancia materna). No incluye la administración de otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.
- **Fórmula láctea (FL):** Consiste en la alimentación que recibe el lactante menor de 6 meses exclusivamente de fórmula láctea o cuyo porcentaje de lactancia materna sea menor al 10%. No incluye la administración de otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.
- **Control del 6° mes:** Corresponde al número de niños y niñas controlados en establecimientos de APS, realizado por un profesional del equipo de salud, entre los 5 meses y 16 días y 6 meses con 15 días de vida (corregido en prematuros).

Tratamiento de datos

Para el análisis de los datos se calculó la prevalencia y prevalencia ponderada de la lactancia materna exclusiva a partir del número total de lactantes controlados a los 6 meses de vida y los que registran LME en ese mismo período, de acuerdo a los meses del estudio y según la región de Chile. Se

determinó la variación porcentual acumulada y la variación porcentual anual de la prevalencia utilizando un modelo de regresión lineal en el período de abril del 2018 a febrero del 2020 y marzo del 2020 a diciembre del 2021. Los datos se analizan con el programa Microsoft Excel. Se considerará una significancia estadística cuando el valor p es < 0,05 con un intervalo de confianza del 95%.

Se utilizó la regionalización decretada el año 2007, la cual divide a Chile en 15 regiones (Ley 20.174, 20.175), para poder comparar las regiones de Biobío y Ñuble antes de la pandemia y durante la pandemia. Específicamente se agregaron los datos de Ñuble a la Región de Biobío en los años 2019, 2020 y 2021.

Población/Muestra de Estudio

La población de estudio son los lactantes de 6 meses que se controlaron en la Atención Primaria de Salud (APS) de Chile entre el período de abril del 2018 a diciembre del 2021.

La muestra del estudio a seleccionar será una muestra a conveniencia (datos obtenidos desde el DEIS).

Criterios de inclusión: Se incluyeron los datos extraídos del REM - 03 Sección A: Aplicación de instrumentos y resultado en el niño (a). Sección A.5: Lactancia Materna en menores controlados, de la plataforma DEIS, de abril del 2018 a diciembre del 2021.

Criterios de exclusión: No aplica.

Resguardo y Consideraciones Éticas

El proyecto contempla datos extraídos de los REM que fueron emitidos en la Atención Primaria de Salud y disponibles en DEIS completamente anonimizados, lo que resguarda la confidencialidad del sujeto de investigación.

El resguardo de la información de la investigación es responsabilidad exclusiva de las investigadoras en sus computadores personales a través de una clave, y serán mantenidos en custodia por un período de 5 años.

Las investigadoras de este estudio no tienen conflicto de interés, en torno a la realización y eventual publicación de este estudio. Se resguardan todas las normas éticas vigentes en Chile.

Capítulo V: Resultados

La prevalencia de LME de los lactantes controlados a los 6 meses de vida durante el período de abril del 2018 a febrero del 2020 (prepandemia), es de un 61%, comparado con 58% obtenido en el período de marzo del 2020 a diciembre del 2021 (durante la pandemia). En Chile la mayor prevalencia de LME se logró en noviembre de 2019 con un 63,75% (gráfico 1). Al analizar el período prepandemia y durante la pandemia por regiones, se aprecia que la Región de La Araucanía tiene la prevalencia más alta de LME, que es de un 70,88% y un 69,38% respectivamente, y la menor prevalencia es de la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena. La región de Chile con prevalencia de LME bajo

el 50% durante la pandemia es Antofagasta y la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena, en todas las demás los porcentajes de LME son mayores de 50%. En el periodo prepandemia la prevalencia de LME menor de 50% solo se evidenció en la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena (gráfico 2).

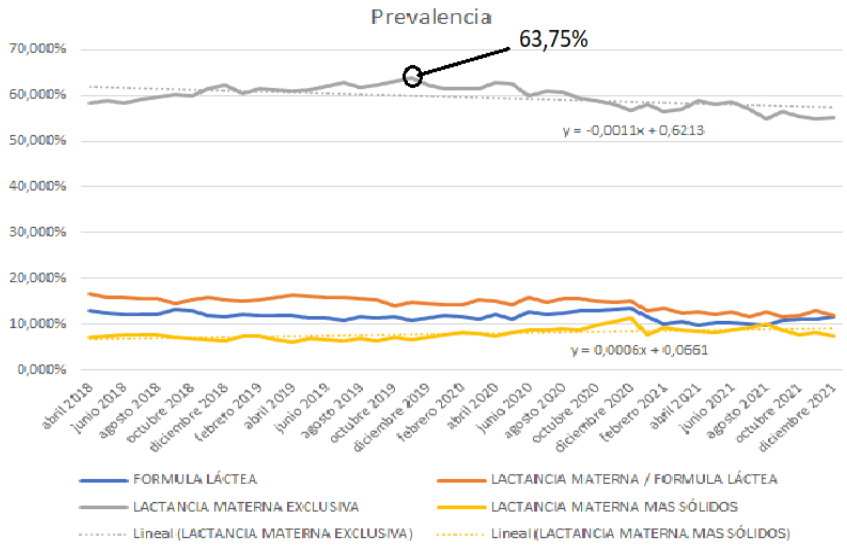


Gráfico 1: Prevalencia de LME, FL, LM/FL, LM más sólidos a los 6 meses de vida durante el periodo de abril del 2018 a diciembre de 2021.

Fuente: DEIS, gráfico diseño de autor.

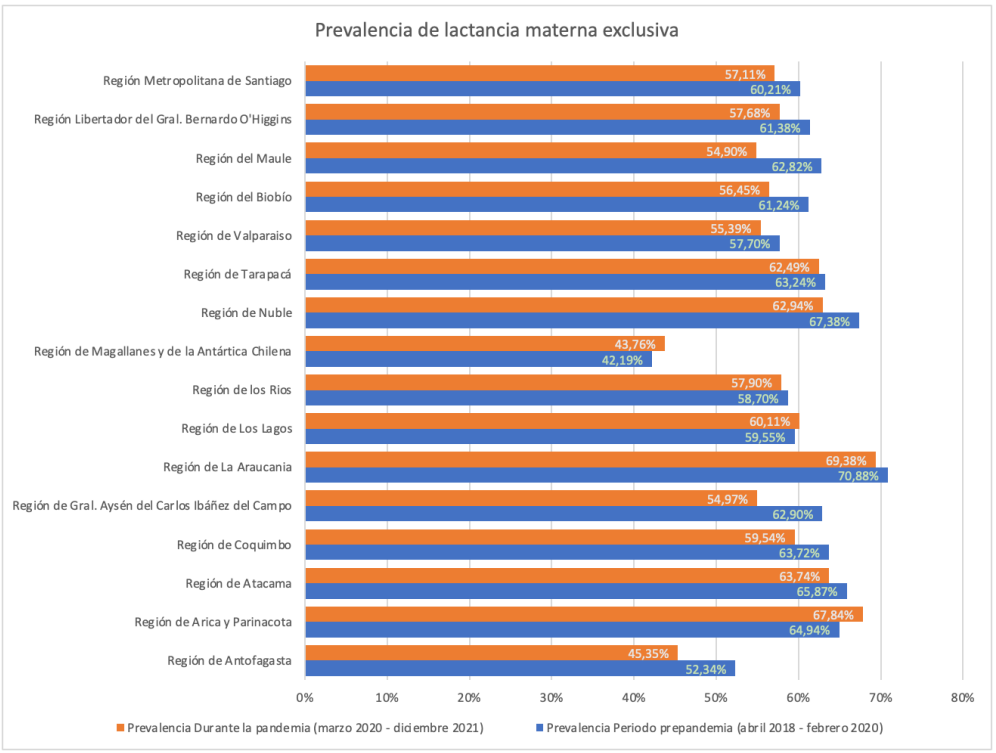


Gráfico 2: Prevalencia de LME por regiones durante la prepandemia (abril 2018 a febrero 2020) y durante la pandemia (marzo 2020 a diciembre 2021).

Fuente: DEIS, gráfico diseño de autor.

En el gráfico 3 se aprecia que el determinante en sí "inicio de la pandemia", es el punto de inflexión en la caída de los controles de salud de los lactantes a los 6 meses de vida, que se mantiene en disminución en todo el periodo. La tendencia lineal de la LME también se aprecia en descenso.

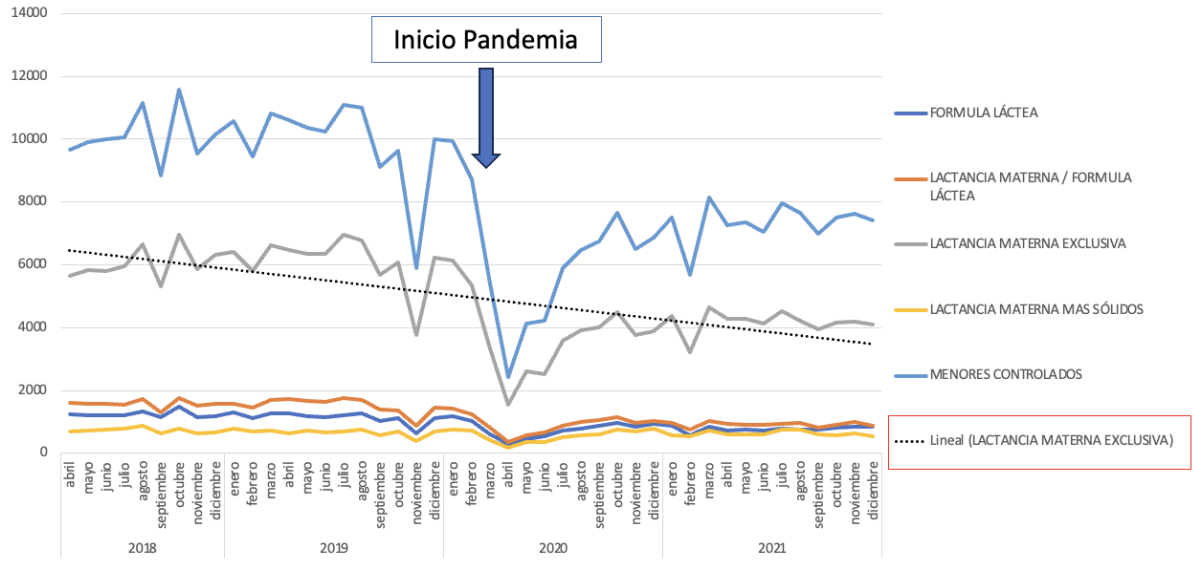


Gráfico 3: Número de niños controlados en APS a los 6 meses de vida entre abril 2018 a diciembre 2021.

Fuente: DEIS, gráfico diseño de autor.

La prevalencia de lactantes alimentados con FL, LM/Fórmula Láctea, LME, LM más sólidos; disminuye en el periodo de inicio de la pandemia (abril 2020).

En el periodo pre- pandemia la variación porcentual anual (VPA) sigue una tendencia positiva en la mayoría de las regiones y a nivel nacional (1,4%), sin embargo, este hallazgo no es significativo $p>0,005$. Por el contrario, al observar el periodo de pandemia, la variación porcentual anual sigue una tendencia negativa en todas las regiones y también a nivel nacional (-3,7%), siendo en este caso, estadísticamente significativo $p<0,042$ (Tabla 1).

Tabla N° 1: Variación porcentual anual (VPA) y variación porcentual acumulada (VP) de la prevalencia de lactancia materna exclusiva en el periodo 2018-2020 y 2020- 2021.

Regiones de Chile	Periodo abril 2018- marzo 2020			Periodo marzo 2020- dic 2021		
	VPA período (%)	p	VP acumulada	VPA período (%)	p	VP acumulada
Arica y Parinacota	2,2	0,5	12,6	-1	0,85	15,6
Tarapacá	4,75	0,19	10,1	-3,14	0,7	-10,1
Antofagasta	-2,6	0,5	9,9	2,8	0,4	1,1
Atacama	4,3	0,3	10,9	-13,4	0,03*	-14,8
Coquimbo	-0,09	0,9	1,2	-7,29	0,07	-10,5
Valparaíso	0,99	0,5	5,7	-4,8	0,01*	-10,2
Metropolitana	0,25	0,73	1,1	-0,15	0,001***	-3,6
O´Higgins	1,3	0,3	4	-1,1	0,6	-6,2
Maule	4,5	0,04*	3,8	-7,4	0,08	-17,7
Biobío	5,2	0,01*	3,6	-4,9	0,03*	-8,4
La Araucanía	2,1	0,2	-0,6	-2,8	0,3	-2,5
Los Ríos	-0,7	0,8	10,4	-0,58	0,9	1,6
Los Lagos	-0,19	0,9	3,3	-2,72	0,2	-6,7
Aysén	0,26	0,01*	-0,9	-16,7	0,02*	-29.9
Magallanes	5,5	0,2	15,8	-3,2	0,6	-7,1
País	1.4	0,15	3,2	-3,7	0,042*	-6,4

Nota. ** p < 0,05; **p < 0,01; *** p < 0,001*

VP acumulada = prevalencia final-prevalencia inicial

Fuente: DEIS

En el gráfico 4 se aprecia que la variación que experimenta FL, LM/FL y LM/más sólidos, se mantiene casi sin variaciones en todo el periodo del estudio.

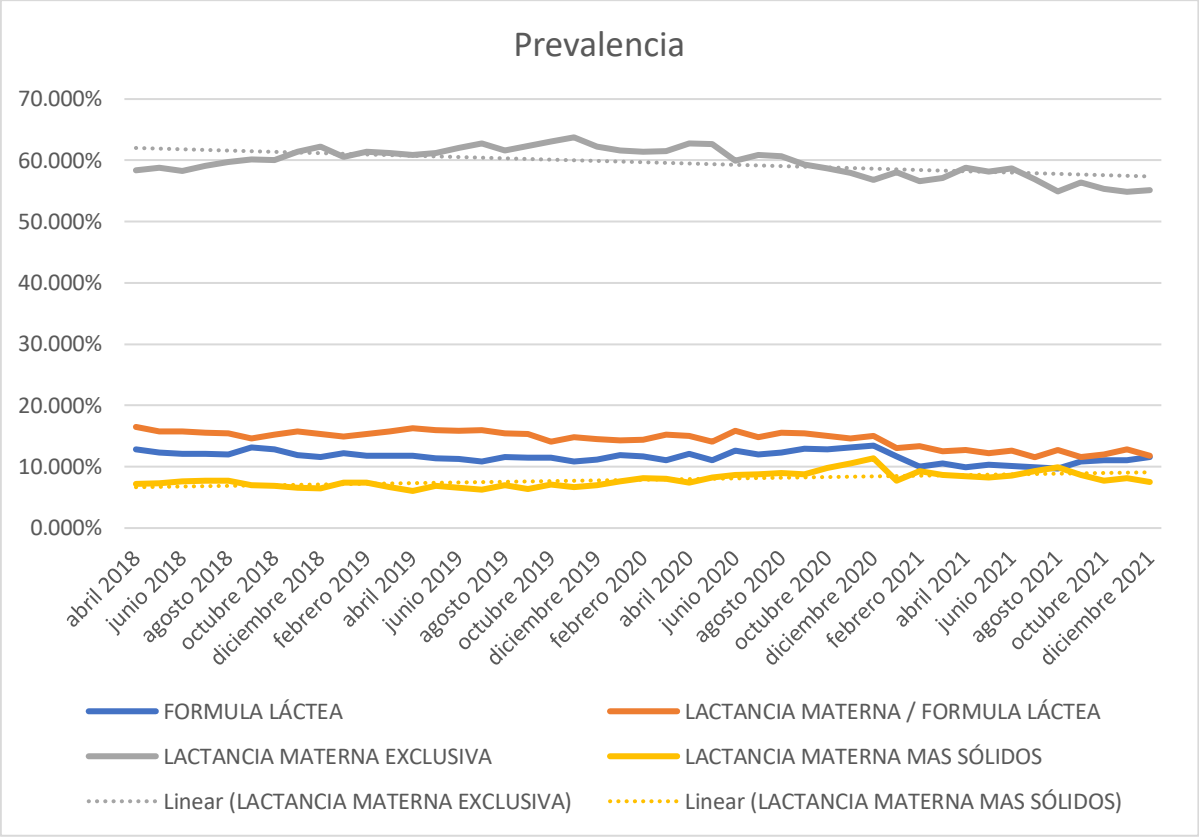


Gráfico 4: Prevalencia de FL, LM/FL; LME; LM/más sólidos en lactantes de 6 meses controlados en APS durante abril del 2018 a diciembre del 2021.
Fuente: DEIS, gráfico diseño de autor.

Capítulo VI: Discusión y Conclusiones.

Discusión

Según datos publicados por la UNICEF en el año 2016, las tasas de LME a los 6 meses en el mundo eran de un 43%, siendo la prevalencia de Chile, mucho más alta si se la compara con la prevalencia de LME mundial o la de otros países de Latinoamérica. Sin embargo, los datos también reportan prevalencias de LME de hasta 75% en Suecia, mucho más alta que la de Chile (Duran, 2018).

En este estudio, en el periodo prepandemia la prevalencia de LME al sexto mes de vida fue de un 61%, siendo mayor a lo publicado el año 2018 por Caro y Guerra, donde se estudia el periodo del 2011 al 2013 que fue de un 44,2%. Esto puede evidenciar que la LME al sexto mes de vida en estos periodos aumentó un 17%. Ese mismo año se publica otro estudio cuyo objetivo fue determinar la

evolución de la LME en Chile entre 2011 y 2015, donde se observa una prevalencia de 53% al sexto mes, donde concluyen que la prevalencia es mayor en mujeres que acceden a los beneficios de la Ley del permiso postnatal parental, atribuyéndole mérito más a las metas sanitarias de APS e incentivos económicos, que a la Ley misma. En este estudio también se evidencia un aumento de la tendencia de la LME al sexto mes de vida durante el periodo estudiado (Caro, 2018; Duran, 2018). Esta tendencia al aumento se ve perjudicada durante el inicio de la pandemia, sin embargo, a finales de ella, la prevalencia aún sigue siendo más alta que en el periodo de los estudios de Caro y Durán.

A raíz de la Pandemia el MINSAL impulsó estrategias como las "Recomendaciones para la Protección y Promoción de la Lactancia Materna en el contexto de pandemia por COVID – 19", con el fin de evitar la disminución de la LME al sexto mes de vida. Otras medidas que se implementaron para el manejo de la pandemia fueron el confinamiento y el posnatal de emergencia, favoreciendo la permanencia de las madres junto a sus hijos(as), sin embargo, ninguna de estas medidas fue efectiva para lograr que no disminuyera o al menos se mantuviera la tendencia de la prevalencia de LME a los 6 meses de vida.

Conclusiones

En conclusión, este estudio evidencia una disminución significativa de la LME en los lactantes de 6 meses atendidos en los establecimientos de APS de Chile en el periodo de pandemia. Resulta relevante mencionar que al inicio hubo una baja muy considerable en los controles de niños para este grupo etario, siendo el determinante de esto el inicio de la pandemia.

Durante el período de pandemia comparado con el periodo prepandemia se observa menor prevalencia de LME a los 6 meses a pesar de las medidas implementadas por el gobierno. Estrategias como la ley de Crianza Protegida que otorgó una extensión al permiso postnatal parental con un beneficio máximo de 90 días, no lograron mantener la prevalencia del periodo anterior a la pandemia.

Se esperaba que producto del confinamiento como consecuencia de la pandemia, y el probable aumento de la oportunidad de brindar lactancia materna que esto conlleva, la LME al sexto mes de vida pudiera haber aumentado, lo cual no fue confirmado en este trabajo, visualizando la necesidad de realizar nuevas investigaciones en esta área, focalizándose en las causales y/o factores de riesgo asociados.

Una de las limitaciones de este estudio, es la fuente de información de donde se obtiene los datos, dado que son extraídos desde el REM reportados a través de los registros del DEIS, estos datos podrían tener leves variaciones, lo que implica una posible desactualización, considerando que aún se están ingresando distintos registros que por efecto de la pandemia no han sido aún incorporados, sin embargo, representan la fuente de referencia oficial de acceso abierto disponible en Chile para tener la información necesaria para este estudio, también este tipo de datos puede sobreestimar los resultados de la tendencia, por lo que la interpretación debe ser tomada con cautela. Otra limitación es que la información recolectada es de lactantes que acuden a control a la APS, por lo tanto, existe una población que puede no asistir a control o hacerlo en el extrasistema, lo que podría incluir algún grado de sesgo en los datos, sobre todo en el período de pandemia.

Una de las fortalezas de este estudio, es que representa la primera investigación en Chile que revela datos comparativos de LME prepandemia de COVID y durante ella, lo que constituye una fuente de información que puede ser usada de base para futuras investigaciones.

Uno de los desafíos hoy en día es retomar los controles de salud de los lactantes a los valores prepandemia, y con esto continuar realizando la política de promoción de la LME, con el objetivo de alcanzar las metas sanitarias determinadas por el MINSAL, pero no la meta en sí misma, sino porque efectivamente ésta contribuye a que los menores adquieran tempranamente una alimentación óptima, entre otros beneficios.

Es fundamental el cambio de las estrategias públicas de promoción y educación con respecto a la mantención de la LME a los 6 meses de vida, siendo importante complementar este estudio con nueva evidencia con respecto a los factores que influyen en la mantención de la LME y poder iniciar estrategias que puedan ser más individualizadas a los requerimientos de cada madre.

Capítulo VII: Recomendaciones de Mejora

Propuesta de Mejora

Al analizar los resultados de este proyecto, se determina que la tendencia de la lactancia materna en los últimos años ha ido en disminución, esto se ve más intensificado por la pandemia de COVID 19, detectando que no se ha cumplido la meta sanitaria dispuesta por el MINSAL de obtener el 60% de LME a los 6 meses de edad, a pesar de todas las medidas de Salud Pública implementadas hasta ahora.

Una de las debilidades encontradas en el proyecto es que las Políticas Públicas implementadas previo a la pandemia y durante la pandemia han sido deficientes para lograr la LME a los 6 meses de edad en los establecimientos públicos de APS. Otra debilidad sería la falta de un diagnóstico real de la situación actual al respecto de las causas y/o factores de riesgo de las embarazadas o puérperas que inciden en la menor adherencia a la LME.

Las estrategias de mejora deben ser enfocadas a fortalecer las Políticas Públicas actuales, con metodología innovadora.

La propuesta de mejora se basa principalmente en el ámbito de educación en salud de una manera innovadora, focalizada y estratificada ya que, las estrategias que se utilizan hoy en día son de amplio espectro y no responden a las características y necesidades particulares de la población a la que están enfocadas.

Se propone las siguientes estrategias a continuación:

1. Identificación de causas y/o factores de riesgo para la no adherencia a la LME.

Se proponer la realización de encuestas en los establecimientos de APS como instrumento de recopilación de información sobre las causas o los factores de riesgo asociados a la no adherencia o abandono temprano de la LME, con énfasis en el periodo de gestación y puerperio, que también permitiría evidenciar factores pro lactancia que facilitan una mayor adherencia. Este instrumento puede ayudar a clasificar a las gestantes y puérperas en tres categorías de riesgo de no adherencia: categorías de bajo, mediano y alto riesgo. Esto, para una mejor planificación de intervenciones y

asignación de recursos de acuerdo a esta clasificación, de manera de ser más eficiente en las medidas implementadas. El reconocimiento oportuno de factores de riesgo permitirá una intervención oportuna lo que puede cambiar un proceso de lactancia. Una vez identificados estos factores de riesgo, se deberán agregar como un REM para los establecimientos de APS a nivel nacional, como estrategia de monitorización.

Estrategias según clasificación de riesgo:

Riesgo bajo:

- Asistir a talleres educativos durante la gestación acompañada de una persona significativa (por ejemplo, la madre de la gestante, entre otros.), al menos un taller previo al parto.
- Asistir a consulta en Clínica de lactancia materna a los 15 días de vida en APS, con recontrol en caso necesario.

Riesgo mediano (medidas adicionales a las de bajo riesgo):

- Asistir a talleres educativos durante la gestación acompañada de una persona significativa (por ejemplo, la madre de la gestante, entre otros.), al menos tres previo al parto.
- Control de seguimiento en Clínica de lactancia cada 15 días por al menos 2 meses.

Riesgo alto:

- Visitas a las madres gestantes o puérperas con riesgo alto por parte de dupla psicosocial para pesquisa in situ de otros factores que pudieran no ser advertidos en control presencial y que afecten o no permitan el proceso de amamantamiento.
- Primer control de lactancia materna precoz.
- Control de seguimiento en clínica de lactancia cada 15 días por al menos 4 meses, con reevaluaciones según adherencia.
- Enviar información personalizada a través de WhatsApp u otro sistema de mensajería digital previa autorización y consentimiento informado de la madre.
- Apoyo de la dupla psicosocial u otros profesionales según las necesidades identificadas durante el proceso de gestación y de lactancia.

2. Grupos de Apoyo Virtuales

Implementar grupos de apoyo virtuales de comunidades de madres que se apoyen mutuamente durante la lactancia materna. Las plataformas digitales como Facebook y WhatsApp, entre otras, pueden utilizarse para crear grupos específicos donde las madres puedan compartir sus experiencias, hacer preguntas y recibir apoyo de otros miembros que se encuentren en etapa de lactancia. Estos grupos pueden ser guiados por profesionales de la salud multidisciplinarios expertos en LM para asegurar la calidad de la información compartida, con previo consentimiento de las madres.

3. Campañas de Concientización Digital de Lactancia Materna Exclusiva (LME)

Realizar campañas con videos educativos, infografías, testimonios de madres y mensajes motivacionales para concientizar y sensibilizar a la población y romper mitos o barreras relacionados con la lactancia materna y que ésta se pueda mantener como una práctica saludable y ancestral. Estas campañas serán realizadas por la APS, como una estrategia central y local.

4. **Seguimiento telefónico**

Incorporar seguimiento telefónico de los casos intervenidos en proceso de recuperación de lactancia materna lo que permitirá un acompañamiento más efectivo con la resolución de inquietudes y dudas que puedan surgir a las madres en este proceso entre controles presenciales.

5. **Sistema de reconocimiento de madres y lactantes con lactancia materna exclusiva (LME)**

Implementar un sistema de reconocimiento y premiación para madres y lactantes que cumplan 6 meses con lactancia materna exclusiva. El reconocimiento a través de un premio (foto de la madre y su hijo u otro similar, premios de clases de gimnasia, yoga,entre otros) puede motivar a las madres que están en proceso de lactancia a mantenerla hasta el sexto mes de vida del niño y no representaría un gasto tan elevado al sistema comparado con otras estrategias antes implementadas.

6. **Fortalecer en los establecimientos los recursos de apoyo a la lactancia materna**

Fortalecer el arsenal terapéutico de los hospitales y los establecimientos de APS, con cremas para el cuidado del pezón, entrega de extractores manuales de leche materna, para entrega según la clasificación o evaluación de riesgo realizada por el profesional de salud durante sus controles en APS o durante su hospitalización en puerperio.

Implementar cursos obligatorios para los profesionales de salud de los Hospitales y de los establecimientos de APS.

Asegurar la presencia de Comités de Lactancia Materna en los Hospitales y en los establecimientos de APS, con horas protegidas para realizar estas funciones.

Factores críticos de éxito

Los factores identificados que podrías ser críticos serían:

1) La adecuada clasificación de riesgo de las gestantes y puérperas para medidas individualizadas.
2) Asignación de recursos económicos acorde a las estrategias planteadas.
3) Compromiso de los equipos de salud en la promoción de la LM.
4) Personal capacitado en LM, para disminuir la variabilidad interoperador.
5) Factores sociodemográficos propios de las madres.

La sumatoria de las estrategias mencionadas, podrán ser evaluadas a mediano y largo plazo, en base a la tendencia de la prevalencia de la LME al sexto mes de vida.

Glosario

Tendencia: Es una gráfica lineal la cual permite visualizar y representar el comportamiento y/o evolución de la lactancia materna exclusiva en un determinado periodo de tiempo (años, meses o décadas).

Prevalencia: Es una medida de frecuencia y es la proporción de individuos que presenta el factor de estudio en un momento dado.

Pandemia: Es la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográfica extensa, que se extiende a muchos países.

Políticas Públicas: Son acciones de los gobiernos que buscan dar respuesta a diversas demandas de la sociedad para el bien común, ya sea un problema a solucionar, una oportunidad a mejorar o bien un derecho a garantizar.

Variación Porcentual Acumulada: Representa la diferencia entre un valor pasado y un valor presente, en término de un porcentaje.

Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM): Son la información básica y genérica que debe ser entregada por cada institución de salud en Chile, con el fin de reflejar el avances y situaciones locales respecto de los programas de salud desarrollados y generados centralmente.

Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS): Es un organismo público chileno, dedicado a las estadísticas y a los datos correspondientes a los temas de salud del país.

Referencias Bibliográficas

Atalah, E. (2006). Situación actual de la lactancia en Chile [Current status of breastfeeding in Chile]. *Medwave, 6*. Disponible en: http://doi.org/10.5867/medwave.2006.05.3528

Brahm, P., y Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría, 88*(1), 07-14. http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001

Bramson, L., Lee, J. W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., & Melcher, C. L. (2010). Effect of early skin-to-skin mother--infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association, 26*(2), 130–137. https://doi.org/10.1177/0890334409355779

Binda, V., Figueroa-Leigh, F. y Olhaberry, M. (2019). La baja calidad de la interacción madre-hijo en bebés con riesgo psicosocial se asocia con el riesgo de retraso en el desarrollo. *Rev Chil Pediatr, 90*(3), 260-266. http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i3.782

Bystrova, K., Widström, AM, Matthiesen, AS, Ransjö-Arvidson, AB, Welles-Nyström, B., Vorontsov, I. y Uvnäs-Moberg, K. (2007). Desempeño de la lactancia temprana en mujeres primíparas y multíparas en relación con diferentes prácticas en el hogar materno. Un ensayo aleatorio en San Petersburgo. *Revista internacional de lactancia materna,2* (1), 1-14. doi:10.1186/1746-4358-2-9

Caro, P., & Guerra, X. (2018). Tendencia de la lactancia materna exclusiva en Chile antes y después de la implementación de la Ley postnatal parental. *Revista chilena de pediatría, 89*(2), 190-195. https://dx.doi.org/10.4067/s0370-41062018000100191

Carrasco-Guaman, M., Jimbo-Yepez, L., & Jimbo-Mendoza, J. (2017). Consideraciones actuales acerca de la lactancia materna. *Polo del Conocimiento, 2*(7), 996-1004. doi:http://dx.doi.org/10.23857/pc.v2i7.320

Capítulo 7: Lactancia materna. Recuperado 26 de enero de 2023, de https://www.fao.org/3/w0073s/w0073s0b.htm

Centeno-Pérez, M. A., Mata-García, A. D., Plascencia-Ordaz, M. J., Benítez-Salinas, F., & Campos-Rosas, B. (2017). Modelo de autocuidado de enfermería perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana, 31*(3), 151-159. https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.01.005

Ciampo, LAD y Ciampo, IRLD (2018). Lactancia materna y los beneficios de la lactancia para la salud de la mujer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia , 40 ,* 354-359.

Durán-Agüero, Samuel, & Castro Villarroel, Paolo. (2018). Evolución de la lactancia materna exclusiva en Chile entre 2011 y 2015: ¿influyó el Permiso Postnatal Parental?. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 22(1), 14-20. Epub 03 de febrero de 2020.https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.22.1.376

Evolución de la lactancia materna a lo largo de la historia. Desde el inicio de la humanidad hasta la actualidad. (26 de enero, 2023). https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/evolucion-la-lactancia-materna-lo-largo-la-historia-desde-inicio-la-humanidad-la-actualidad/2/

Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Especialistas enfatizan la importancia de no interrumpir la lactancia materna en casos de COVID-19.* https://medicina.uchile.cl/noticias/176348/la-importancia-de-no-interrumpir-la-lactancia-pese-al-covid19

FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF. (2020). P*anorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe 2020.* Santiago de Chile.

Farland, L. V., Eliassen, A. H., Tamimi, R. M., Spiegelman, D., Michels, K. B., & Missmer, S. A. (2017). History of breast feeding and risk of incident endometriosis: prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.), 358*, j3778. https://doi.org/10.1136/bmj.j3778

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Capturar el Momento Inicio temprano de la Lactancia Materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. https://www.unicef.org/lac/media/3031/file/PDF%20Capturar%20el%20momento.pdf*

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Objetivos de desarrollo sostenible y lactancia materna.* https://www.ihan.es/objetivos-de-desarrollo-sostenible-y-lactancia-materna/

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Por qué las Políticas favorables a la familia son fundamentales para aumentar las tasas de lactancia materna en todo el mundo.* https://www.unicef.org/press-releases/why-family-friendly-policies-are-critical-increasing-breastfeeding-rates-worldwide#:~:text=Only%204%20out%20of%2010,in%20the%20least%20developed%20countris.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (25 de enero, 2023). https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna

Gamboa, E. H. (2008). Genealogía histórica de la lactancia materna. *Revista enfermería actual en Costa Rica*, (15), 1.

Galindo-Sevilla, N. D. C., Contreras-Carreto, N. A., Rojas-Bernabé, A., & Mancilla-Ramírez, J. (2021). Lactancia materna y COVID-19. *Gaceta médica de México*, *157*(2), 201-208. https://doi.org/10.24875/gmm.20000665

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. *Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna: 56% de las madres amamanta a sus hijos hasta los 6 meses.* https://www.serviciodesaludnuble.cl/sitio/sexta-encuesta-nacional-de-lactancia-materna-56-de-las-madres-amamanta-a-sus-hijos-hasta-los-6-meses/#:~:text=El%20estudio%20demostr%C3%B3%20adem%C3%A1s%20que,alcanzan%20un%2052%2C8%25

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2013). *Informé Técnico Encuesta Nacional de Lactancia Materna en la Atención Primaria de Salud (ENALMA) Chile 2013.* MINSAL

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2010). *Manual de Lactancia Materna Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud,* MINSAL.

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. *Lactancia Materna (2015).* Recuperado 16 de enero de 2023, de https://www.minsal.cl/lactancia-materna/

Gobierno de Chile, Chile Crece Contigo (2016). *Orientaciones Técnicas para la Atención en Clínicas de Lactancia Materna.*

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2022). *COVID-19 en Chile, Pandemia 2020-2022.*

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2020). *Recomendaciones para la protección y promoción de la lactancia materna en el contexto de la pandemia por COVID-19, 2020.*

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2014). *Vigilancia Nutricional de la población bajo control y de la lactancia materna en el sistema público de salud de Chile.*

Hernández, Y. N., Pacheco, J. A. C., & Larreynaga, M. R. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta médica espirituana, 19(3).

Ibarra Peso, J., Bustamante Guzmán, C., & Torres Muñoz, J. (2021). Efectos de la COVID-19 en la lactancia materna en Chile durante el 2020. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 25*(4).

Ibarra Peso, J., Meza Vásquez, S., & Aguayo Gajardo, K. (2018). Experiencias, creencias y actitudes sobre donación de leche humana en mujeres de la provincia de Arauco. *Revista chilena de pediatría*, *89*(5), 592-599.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020). *Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.* UNICEF Uruguay.

Jarpa, C., Cerda, J., Terrazas, C., & Cano, C. (2015). Lactancia materna como factor protector de sobrepeso y obesidad en preescolares. Revista chilena de pediatría, 86(1), 32-37.

Jiménez Ortega, A. I., Velasco Rodríguez-Belvis, M., Ruiz Herrero, J., Peral-Suárez, Á., Martínez García, R. M., & Bermejo, L. M. (2019). Controversias y errores en relación con la nutrición y la lactancia materna. Pautas para la mejora. *Nutr. hosp*, 30-34.

Kaempfer, AM y Medina, E. (1982). La salud infantil en Chile durante la década del setenta. *Revista chilena de pediatría* , *53*(1-6), 468-470.

Latorre, G., Martinelli, D., Guida, P., Masi, E., De Benedictis, R., & Maggio, L. (2021). Impact of COVID-19 pandemic lockdown on exclusive breastfeeding in non-infected mothers. *International Breastfeeding Journal*, *16*, 1-7.

Latham M., (2002), Nutrición Humana en El Mundo en Desarrollo, Colección FAO: Alimentación y nutrición N° 29, capítulo 7.

Ley N°21155. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2 de mayo de 2019. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1131064

Ley N°20245. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 17 de octubre de 2011. *https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1030936&idParte=*

Ley N°20166. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 12 de febrero de 2007. *https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=258270*

Ley N°21247. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 27 de julio de 2020. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1147763

Ley N°21510. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 24 de noviembre de 2022. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1184723

Ley N°3186. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 13 de enero de 1917.https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=23792

Lucchini Raies, C., Márquez Doren, F. y Rivera Martínez, MS. (2017). Yo quiero amar a mi hijo: Develando la experiencia de mujeres que enfrentaron dificultades en su proceso de lactancia. *Revista chilena de pediatría*, *88* (5), 622-628. http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000500008

Madrid Muñoz, R., Cano, C., & Cortés Rojas, R. (2018). Impacto de la extensión del postnatal en la adherencia a la lactancia materna. Estudio de Cohorte. *Revista chilena de pediatría*, *89*(4), 484-490. http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000701

Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Peinado-Molina RA, Martínez-Galiano JM (2022). Determinants and Factors Associated with the Maintenance of Exclusive Breastfeeding after Hospital Discharge after Birth. Healthcare; 10(4):733

Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo (2018). *Acompañando tu lactancia, Manual Operativo de Lactancia Materna.*

Ministerio de Salud - Gobierno de Chile, *Lactancia Materna (2015)*, Recuperado 26 de enero de 2023, de https://www.minsal.cl/lactancia-materna/

Organización Mundial de la Salud, Global Breastfeeding Scorecard. *Increasing Commitment To Breastfeeding Through Funding and Improved Policies and Programmes.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326049/WHO-NMH-NHD-19.22-eng.pdf

Organización de las Naciones Unidas (2019). *América Latina debe proteger la maternidad con leyes. Recuperado el 16 de enero de 2023, de* https://news.un.org/es/story/2019/08/1460111

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2021). *Declaración de la OMS y el UNICEF en el 40º aniversario del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Recuperado el 16 de enero de 2023, de* https://www.who.int/es/news/item/21-05-2021-WHO-UNICEF-statement-on-the-40th-anniversary-of-the-international-code-of-marketing-breastmilk-substitutes

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2018). *Nuevas directrices para promover la lactancia materna en los establecimientos de salud de todo el mundo.* Recuperado el 16 de enero de 2023, de https://www.who.int/es/news/item/11-04-2018-who-and-unicef-issue-new-guidance-to-promote-breastfeeding-in-health-facilities-globally

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). *La lactancia materna en el Siglo XXI.*

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Semana Mundial de la Lactancia Materna 2020. Recuperado el 16 de enero de 2023, de* https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-lactancia-materna-2020

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2016). *La lactancia materna debe considerarse como una cuestión de derechos humanos para bebes y madres.* Recuperado el 16 de enero de 2023, de https://news.un.org/es/story/2016/11/1368931

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Tres de cada cinco bebés no toman leche materna en la primera hora de vida.* Recuperado el 16 de enero de 2023, de

https://www.who.int/es/news/item/31-07-2018-3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de COVID-19: orientaciones provisionales.*

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Recuperado el 16 de enero de 2023, de* https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *The optimal duration of exclusive breastfeeding report of an expert consultation Geneva, switzerland 28-30 march 2001*.

Organización Mundial de la Salud (2017) . Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna. Organización Mundial de la Salud.

Perret-Pérez, C. y Pérez, C. (Editoras). (2020). *Manual de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Perrine CG, Nelson JM, Corbelli J, Scanlon KS (2016). Lactation and maternal cardio-metabolic health. Annu Rev Nutr 2016; 36:627–645.

Pinto, F. (2007). Apego y Lactancia natural. *Revista chilena de pediatría, 78,* 96-102.

Radio Bio-Bio Chile. (s.f.). Personas pasaron de isapres a Fonasa en 3 años, el panorama del sistema ante crisis privada. https://www.biobiochile.cl/especial/bbcl-investiga/noticias/reportajes/2023/01/27/548-mil-personas-pasaron-de-isapre-a-fonasa-en-3-anos-el-panorama-del-sistema-ante-crisis-privada.shtml

Revista Médica y de Enfermería Ocronos. (2020). *Beneficios de la Lactancia Materna: Lactante, Madre y resto de la sociedad*. Ocronos - Editorial Científico-Técnica.

Sacristán Martín, A. M., Lozano Alonso, J. E., Gil Costa, M., & Vega Alonso, A. T. (2011). Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Pediatría Atención Primaria, 13*(49), 33-46.

Shamir R (2016). The Benefits of Breast Feeding. Nestle Nutr Inst Workshop Ser.; 86:67-76.

Sección de Lactancia Materna, Eidelman, AI, Schanler, RJ, Johnston, M., Landers, S., Noble, L., & Viehmann, L. (2012). La lactancia materna y el uso de la leche humana. *Pediatría, 129* (3), e827-e841.

Theurich, M. A., Davanzo, R., Busck-Rasmussen, M., Díaz-Gómez, N. M., Brennan, C., Kylberg, E., ... & Koletzko, B. (2019). Breastfeeding rates and programs in Europe: a survey of 11 national breastfeeding committees and representatives. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *68*(3), 400-407.