

INICIATIVA MUNDIAL SOBRE TENDENCIAS DE LA LACTANCIA MATERNA



World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

# CHILE

## 1er Informe Nacional

### 2016

**Pura Vida MadreBebé**

Con aporte de profesionales de la salud y de la academia, oficiales de gobierno y personeros de institutos de investigación y capacitación, grupos de madres



pura vida  
MADREBEBÉ



IBFAN  
defendiendo la lactancia



Coordinación Regional Latino América y Caribe CEFEMINA - IBFAN LAC  
Apdo. Postal 5355-1000 San José, Costa Rica tel-fax: 506- 2224 3986 [cefemina@racsa.co.cr](mailto:cefemina@racsa.co.cr) [ibfanlac@gmail.com](mailto:ibfanlac@gmail.com)  
[www.ibfan-alc.org](http://www.ibfan-alc.org) [www.worldbreastfeedingtrends.org](http://www.worldbreastfeedingtrends.org)

# Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introducción y Antecedentes</b>  | <b>3</b>  |
| <b>Metodología WBTi</b>   | <b>11</b> |
| <b>EVALUACIÓN WBTi de Chile</b>   | <b>17</b> |
| <b>Indicador 1 “Política, programa y coordinación nacional”</b>                     | <b>17</b> |
| <b>Indicador 2 “Iniciativa Hospitales amigos de la Niñez”</b>                       | <b>20</b> |
| <b>Indicador 3 “Implementación de Código Internacional”</b>                         | <b>23</b> |
| <b>Indicador 4 “Protección de la Maternidad”</b>                                    | <b>27</b> |
| <b>Indicador 5 “Sistemas de atención en salud y nutrición”</b>                      | <b>32</b> |
| <b>Indicador 6 “Apoyo comunitarios para mujeres embarazadas y madres lactantes”</b> | <b>35</b> |
| <b>Indicador 7 “Apoyo informativo”</b>  | <b>38</b> |
| <b>Indicador 8 “Alimentación infantil y VIH”</b>                                    | <b>40</b> |
| <b>Indicador 9 “Alimentación infantil en emergencias”</b>                           | <b>44</b> |
| <b>Indicador 10 “Sistemas de mecanismos de monitoreo y evaluación”</b>              | <b>47</b> |
| <b>Indicador 11 “Iniciación temprana de la lactancia materna”</b>                   | <b>49</b> |
| <b>Indicador 12 “Lactancia materna exclusiva 6 meses”</b>                           | <b>51</b> |
| <b>Indicador 13 “Duración mediana de la lactancia materna”</b>                      | <b>52</b> |
| <b>Indicador 14 “Alimentación con biberón”</b>                                      | <b>54</b> |
| <b>Indicador 15 “Alimentación complementaria”</b>                                   | <b>55</b> |
| <b>Resumen de resultados – Conclusiones y recomendaciones finales</b>               | <b>58</b> |
| <b>Anexo 1. Sobre la distribución de fórmulas infantiles</b>                        | <b>60</b> |

# Introducción y Antecedentes

## 1. Descripción geográfica de Chile

Chile se encuentra en la zona oeste de América del Sur, se extiende desde los 17° 30' a los 90°, latitud Sur, con una longitud de 4.200 km., aproximadamente y una superficie de 756.626 km<sup>2</sup>.

Limita con Perú, Bolivia y Argentina y el Océano Pacífico. Administrativamente se divide en 15 regiones, siendo la Región Metropolitana la que alberga a la capital del país, Santiago. Las restantes 14 regiones se presentan de norte a sur con distintas características geográficas, climáticas, económicas, configurando un país extenso territorialmente y diverso socialmente.

## 2. Datos demográficos básicos

Según datos de cierre del 2015, en Chile habitan 17.948.141 personas, en su mayoría mujeres, de las cuales 4,532,000 son menores de 18 años y 1,224,000 son menores de 5 años. La población está habitando mayoritariamente en el ámbito urbano con un 86,9% del total. Solo un 2.62% son inmigrantes. Las mayores concentraciones de población se encuentran en la Región Metropolitana, la Región del Biobío y la Región de Valparaíso. En estas 3 regiones se concentra más de la mitad de toda la población del país.

Separados por quinquenios, la mayor concentración de población se encuentra entre los 20 a 24 años aunque se presenta relativamente pareja, con cifras que superan 1.100.000 habitantes por quinquenio, hasta los 49 años, de allí en adelante declinan las cifras. A pesar de ello la población de adultos mayores equivale a más del 15% del total, lo que muestra un rápido envejecimiento demográfico, al considerar que en 2002 el grupo etario de 60 años en adelante llegaba al 11%. Hoy en Chile existen más de 67,1 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años.

Dado que la esperanza de vida aumenta en todo el mundo, la OMS creó un índice llamado EVAS (Esperanza de Vida Saludable) para medir cuántos años se viven en forma saludable. El último informe Chile tiene la mayor esperanza de vida de América Latina. Solo diez países de la región se encuentran por sobre los 75 años. En segundo lugar se encuentra Costa Rica, seguido de Cuba, Panamá y Uruguay.

Chile es el país de América Latina con mayor esperanza de vida media, 80,5 años, y el segundo de todo el continente americano, sólo por detrás de Canadá (82,2 años) informó la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según el estudio anual elaborado por la OMS sobre la salud global, Chile es el único país de la región que supera los 80 años de esperanza de vida media.

Según el Índice de Desarrollo Humano 2015 de las Naciones Unidas, Chile ocupa el puesto número 42 de 188, siendo el segundo país con mayor puntuación de América Latina, después de Argentina.

Una serie comparativa amplia, basada en los nuevos cálculos hechos por la oficina del PNUD en Nueva York, muestra que en las últimas tres décadas, Chile presenta un alza constante de su Índice de Desarrollo Humano. Entre 1980 y 2014, el valor del IDH de Chile aumentó de 0,636 a 0,832, lo que implica un aumento del 30,8%. La tabla A muestra el progreso de Chile en cada uno de los indicadores del IDH. Entre 1980 y 2014, la esperanza de vida al nacer registró un aumento de 13,7 años, los años promedio de escolaridad, un aumento de 3,4 años, y los años esperados de escolaridad, un aumento de 3,9 años. El INB per cápita de Chile aumentó en aproximadamente un 172,0% entre 1980 y 2014.

Esta trayectoria de largo plazo muestra que el país ha tenido la capacidad de avanzar sostenidamente en su desarrollo humano sobre la base de una combinación equilibrada de crecimiento económico y políticas públicas.

Sin embargo, Chile tiene un índice de pobreza de 14.4 y una creciente desigualdad.

### **3. Datos demográficos asociados a lactantes y niños/as pequeños:**

Según información del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) Chile está en plena etapa de transición de la fecundidad. Su tasa global ha descendido en forma importante. En 1960-1965 era de 5,4 hijos/as por mujer, cayó a 2,8 en el periodo 1975-1980 y a comienzos de los 2000 ya había disminuido a 2. Desde el 2015 en adelante se ha mantenido en 1,85 hijos/as por mujer, cifra inferior a la necesaria para el recambio generacional. Esto ha colocado a Chile como el país con la tasa de más de América Latina. Este descenso de la fecundidad en Chile se aproxima cada vez más a las de las naciones desarrolladas.

La población en nuestro país así como su comportamiento demográfico, no se desarrolla de manera igualitaria en todo el territorio, así como planteamos inicialmente que solamente en concentración total de población en sólo 3 de las 15 regiones habita más del 60% de la población. Estas diferencias regionales se demuestran también en la tasa global de

fecundidad por regiones, la cual nos indica que las regiones donde existen las mayores tasas globales de fecundidad son la Región de Atacama, la de Aysen y la de Tarapacá, tres de las regiones con menos habitantes del país y con características climáticas más extremas.

Respecto a los niños/as nacidos/as por edad de la madre, podemos indicar que la mayor cantidad de nacimientos se concentra en el grupo etario de 25 a 29 años, seguido de los nacimientos de mujeres de 20 a 25 años.

Respecto al nivel de educación de las madres y los padres, la mayor cantidad de nacidos/as vivos/as llegaron a familias cuyas madres y padres cursaron de 10 a 12 años de estudios, es decir, la escolaridad básica y media, sin estudios posteriores, seguida de madres y padres con 13 años de estudios y más, que indica una escolaridad universitaria de a lo menos 1 año.

Otro indicador asociado a lactantes y niños pequeños en Chile es la tasa de mortalidad infantil, el cual nos indica que a pesar que hay menos nacimientos en nuestro país que en décadas pasadas, las muertes de infantes también han disminuido.

De acuerdo al Estado de la Niñez 2015 UNICEF y datos de OECD, la tasa de mortalidad <5 años era de 80 en 1970, bajando a 19 en 1990 y decreciendo a 8 en el año 2015. La tasa de mortalidad infantil pasó de 16 en 1990 a 7 en el año 2015; la neonatal fue 5 en 2015.

#### **4. La desigualdad y la pauperización, retos clave para la niñez**

En los últimos decenios Chile ha logrado acercarse cada vez más al comportamiento epidemiológico, demográfico y de calidad de vida de países desarrollados.

Sin embargo, a pesar de los logros obtenidos, sigue existiendo hasta hoy gran inequidad que repercute significativamente en los indicadores de salud y en la calidad de vida de niños y niñas. Además, existe en nuestro país un fenómeno de infantilización de la pobreza, es decir que la población infantil y adolescente tiene un nivel mayor de pobreza que la población general. Esto se relaciona a la composición familiar, donde muchas veces la madre es jefa de hogar y única sostenedora financiera. Este fenómeno es mayor incluso en la población menor de 4 años.

Actualmente los problemas de salud pública que enfrenta Chile son una compleja mezcla entre aquellos que presentan los países desarrollados y aquellos derivados de la inequidad.

La malnutrición por exceso (obesidad o sobrepeso) es actualmente un problema de salud pública muy serio dadas las consecuencias biológicas, psicosociales y económicas que tiene en la población.

Efectivamente, si se comparan los índices de malnutrición por exceso por quintil, se observa que el número de niños y niñas con sobrepeso aumenta en un 20% en el estrato más vulnerable. En el estrato de mayor pobreza, la obesidad aumentó a un 44% en sólo dos años.

Chile es un país un 14,4% de la población infantil vive en situación de pobreza material, del

cual un 2,8% corresponde a personas que viven en situación de extrema pobreza (indigencia) y donde la ruta de acceso de las personas a los servicios de salud, en su mayoría depende del seguro de salud al cual están afiliadas. Sin embargo, también existen prestaciones que son universales, y que benefician a toda la población independiente de su seguro, de su afiliación y estrato socioeconómico.

El estado ha tratado de dar respuesta a los retos del presente. En el año 2008 se implementó a nivel nacional el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia *Chile Crece Contigo*, que adopta carácter de Ley en el año 2009 (Ley 20.379). Este sistema es un modelo de gestión integrado por distintos organismos del estado, que busca entregar condiciones diferenciadas a las familias para disminuir la desigualdad en el período más crítico del desarrollo, desde la gestación hasta los 4 años de vida.

El Ministerio de Salud y Programa Nacional de Salud de la Infancia propuso en 2013 un marco coherente para abordar los desafíos actuales relacionados con los principales problemas de salud de niños y niñas menores de 10 años, que tiene un enfoque de derechos y determinantes sociales de la salud. Con ello buscó fortalecer el proceso continuo de atención de salud con el fin de promover el desarrollo integral óptimo en la infancia, prevenir y reducir la carga de morbilidad en esta etapa y seguir avanzando en la reducción de la mortalidad infantil.

## **5. Indicadores de Lactancia Materna – IMPORTANTE PARA ESTA EVALUACIÓN**

Cabe señalar, que a pesar de todos los avances logrados en la salud infantil e indicadores de mortalidad, Chile presenta un rezago importante al no incluir en sus encuestas nacionales los indicadores de lactancia materna.

A excepción de la lactancia materna exclusiva, ampliamente documentada en el INFORME TÉCNICO, ENCUESTA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA - (ENALMA). CHILE 2013, no hay datos para los siguientes indicadores sobre lactancia materna, que son parte esencial de esta evaluación WBTi:

- Iniciación Temprana de la Lactancia Materna: *¿Cuál es el porcentaje de bebés que amamantan durante la primera hora de vida?*
- Duración Mediana de la Lactancia Materna: *¿Los(as) bebés son amamantados(as) por una duración mediana de cuántos meses?*
- Alimentación con Biberón: *¿Qué porcentaje de bebés amamantados(as) de 0-12 meses de edad recibe otros alimentos o bebidas (incluyendo leche materna) en biberón?*
- Alimentación Complementaria – Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos: *¿Qué porcentaje de bebés amamantados(as) recibe alimentos complementarios a los 6-8 meses de edad?*

**Y como estos indicadores son parte esencial de este estudio, los puntajes correspondientes la no haber datos, serán cero o muy bajos, bajando con ello la calificación país.**

## 6. Lactancia Materna Exclusiva <6 meses

En 2013, se realiza una **Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENALMA)** cuyos resultados se presentan en el INFORME TÉCNICO - ENCUESTA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA -(ENALMA). CHILE 2013, Ministerio de Salud - Subsecretaría de Salud Pública.

Esta encuesta surge como una iniciativa de la Comisión Nacional de Lactancia Materna, CONALMA, liderada por el Ministerio de Salud y el Programa Nacional de Salud de la Infancia, para determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en Chile.

Esta encuesta constituye un hito para la salud pública del país, puesto que es la primera vez que se realiza una encuesta exclusiva de lactancia materna, luego de implementada la ley Nº 20.545 aprobada en 2011, que modifica las normas sobre la Protección de la Maternidad e incorpora el permiso Postnatal Parental", más conocida como la "**Ley de postnatal de 6 meses**".

Esta encuesta de 2013, presenta que Chile alcanza una prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses o más meses, de un 56.3%. Por otro lado, la lactancia materna hasta los 12 meses llega solamente a un 36%.

La encuesta muestra la lactancia materna exclusiva de un 56,3%, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

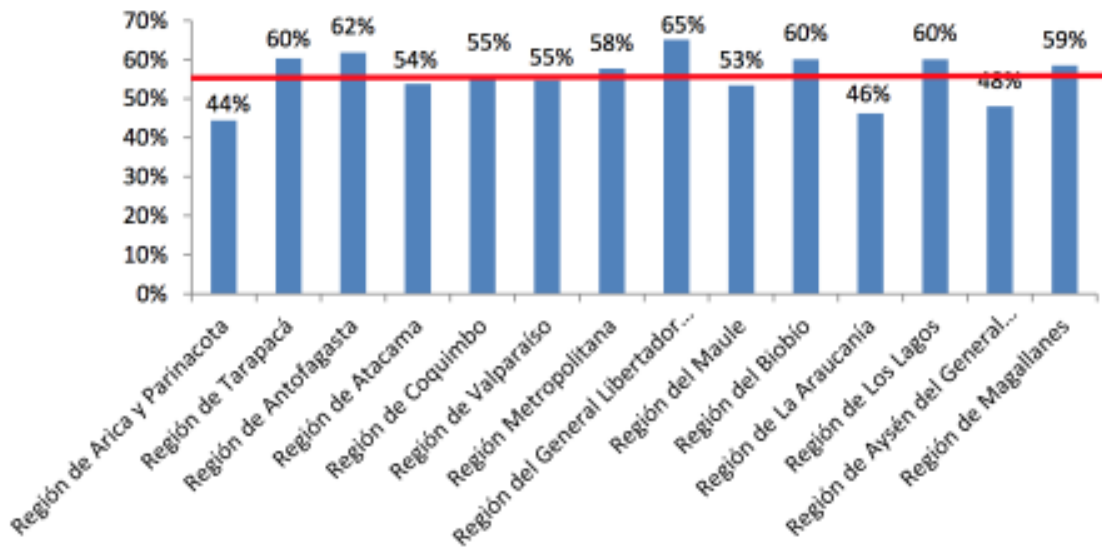
### Lactancia materna exclusiva



La encuesta también muestra los siguientes valores:

Prevalencia de lactancia materna exclusiva de 6 o más meses según región

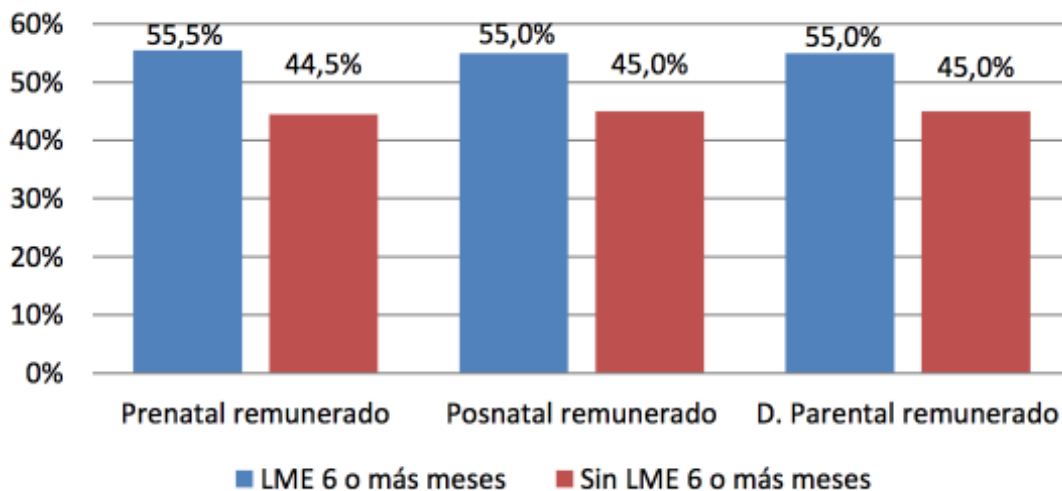
**Lactancia materna exclusiva 6 o más meses**



**IMPORTANTE:** La OMS recomienda a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, con el fin de ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente, a los 6 meses, se deben introducir alimentos complementarios nutritivos y adecuados, al tiempo que se mantiene la lactancia materna hasta los 2 años o más. Por lo anterior, generalmente las encuestas evalúan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y no la lactancia materna exclusiva de 6 meses o más meses.

La encuesta 2013 también muestra la prevalencia de la lactancia materna exclusiva de 6 o más meses en mujeres trabajadoras con acceso al descanso prenatal, descanso posnatal y descanso parental remunerado, para mostrar los efectos positivos de la implementación de la Ley de Postnatal:

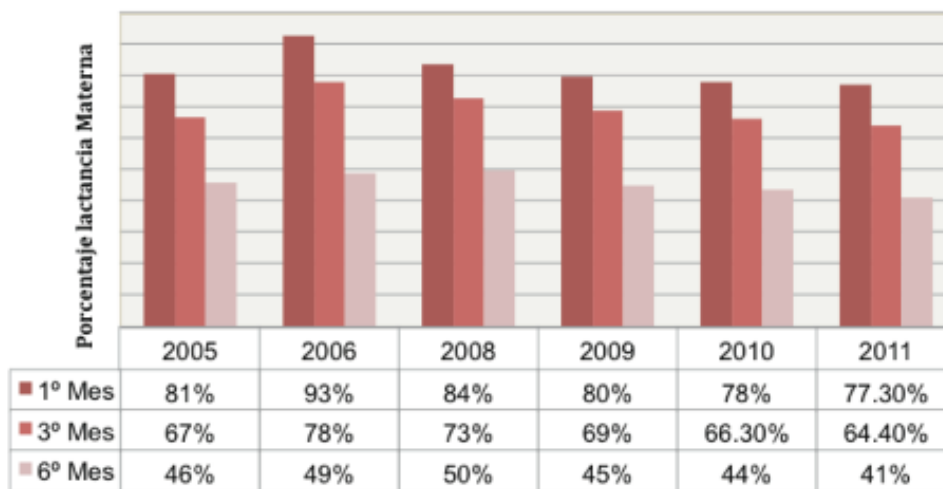
**LME según acceso a prenatal, posnatal y descanso parental**





El siguiente gráfico muestra la prevalencia de la lactancia materna, por año, número de meses en <6 meses:

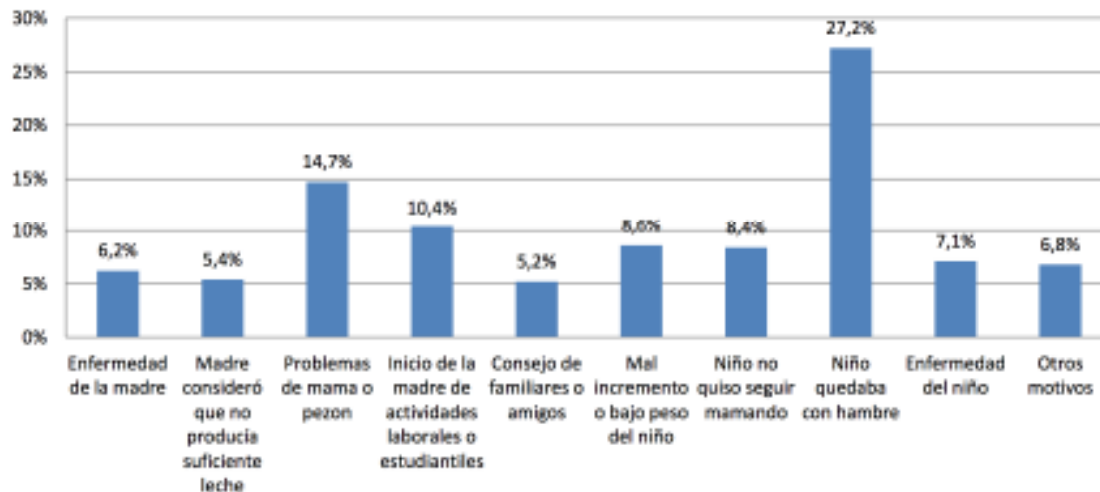
**GRÁFICO N° 20.**  
**PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA AL 1º, 3º Y 6º MES**



Fuente: DEIS, MINSAL 2012

La encuesta también abarca las razones aducidas por las madres para el cese de la lactancia maternal exclusiva antes de los 6 meses:

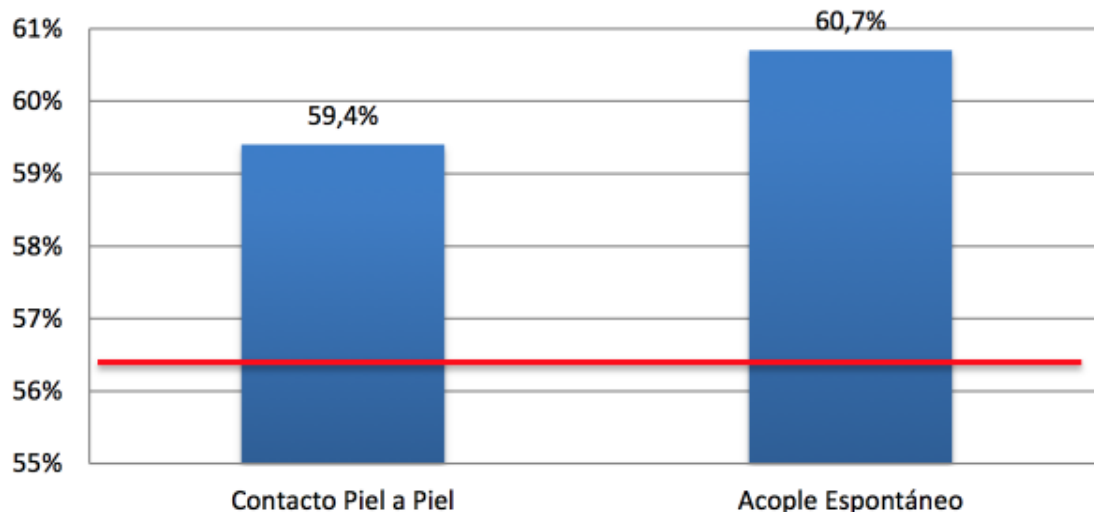
**Motivo de Cese de Lactancia Exclusiva Antes de los 6 Meses**



Según registros del MINSAL, durante el 2012, el 42,5% de las mujeres que se atienden en el sector público de salud, alimentaron a sus hijos e hijas con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, siendo las regiones de La Araucanía (53,2%) y Arica Parinacota (47,1%) las que tienen los índices más elevados.

## 7. Tipos de partos y su relación con la alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as

## Prevalencia LME según Características del Nacimiento



El gráfico anterior muestra la importancia de prácticas amigables y respetuosas que faculten el inicio de la lactancia materna. La manera en que se desarrolla el parto es decisiva, así como los protocolos y prácticas que le acompañan, sea en el servicio de salud o a domicilio.

Según información de la revista chilena de obstetricia y ginecología, Chile lidera los indicadores de salud materna, perinatal e infantil en Latinoamérica. A pesar de ello para el año 2011, por datos publicados por el Colegio de Matronas de Chile, se produjeron 113.000 cesáreas de los 236.000 nacimientos, lo que equivale a un 49,1% del total, lo que supera ampliamente las cifras sugeridas por la OMS, donde se indica que la cantidad de cesáreas en un país no debiera superar el 15%.

Expertos/as alertan sobre sostenido aumento de cesáreas en Chile. La tasa del país se acerca actualmente al 50%, impulsada por sistema privado. En el público creció 33% en 10 años. De los 240 mil niños que nacieron en Chile en 2013, 152 mil lo hicieron en el sistema público. De ellos, más de 61 mil lo hicieron por cesárea.

La última cifra preliminar del Ministerio de Salud (Minsal) indica que estas cirugías representaron el 40,4% de los partos en los hospitales públicos en 2013, tasa que casi se duplica en el sistema privado. En 2010 el porcentaje llegó a 76%, según cifras del Minsal (no hay datos más actualizados). Juntos suman alrededor de 120 mil cesáreas al año.

“En el sistema privado la cifra actual bordea el 70%. Lo que baja el promedio (nacional) es que cerca del 80% de los partos se atiende en el sector público, lo que nos da una tasa de cesáreas de cerca del 49%”, dice Eghon Guzmán, asesor del Minsal y ex presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (Sochog).

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dijo que la cesárea se justifica sólo en el 10% a 15% de los casos, lejos de la actual tasa del país, la tercera más alta entre los países del Oede.

Al detallar los nacimientos en el ámbito público y privado, podemos indicar que las cifras de cesáreas del ámbito público corresponden a un 38,1% del total. De los partos del sector privado, las cifras de cesáreas aumentaron a un 70,4%.

## Metodología WBTi

La WBTi usa la metodología y enfoque de la Acción Mundial de Investigación Participativa (GLOPAR), desarrollada y promovida por la World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) en 1993, para rastrear 4 objetivos establecidos en 1990 por la Declaración Innocenti. GLOPAR alentaba a los grupos para que evaluaran las prácticas de lactancia materna y alimentación infantil en sus propios países y que usaran la información recopilada para defender el impacto en el desarrollo de las políticas. La iniciativa GLOPAR había mostrado resultados positivos en acciones de fomento de la lactancia materna, logrando que varios grupos de los países participantes, en donde casi no se realizaban esfuerzos, se involucraran en un movimiento mundial para proteger, promover y apoyar la lactancia materna. La WBTi es una extensión de GLOPAR, ya que también rastrea otros objetivos establecidos por la **Estrategia Mundial** de 2002. En el 2003, la OMS efectuó el lanzamiento de la “Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as): Herramienta para evaluar las prácticas, políticas y programas nacionales”. La WBTi ha usado el cuestionario y otros materiales de la herramienta de la OMS. La WBTi fue adaptada con base en la retroalimentación de países de todas las regiones, incluyendo Latinoamérica y Caribe, Asia y África. Inspirada en estas dos iniciativas históricas de WABA y la OMS, la WBTi se propone construir sobre ellas con el fin de inducir a la acción. Se espera que la WBTi genere un banco de datos sobre prácticas de alimentación infantil, así como de políticas y programas. Más aún, cuenta con características adicionales que permitirán el estudio y análisis de las tendencias a través del tiempo. Es universalmente accesible por estar basado en la Web.

El proceso WBTi consiste de tres etapas. La primera etapa, inicia una evaluación a nivel nacional sobre la implementación de la Estrategia Mundial. Orienta a los países y regiones sobre cómo documentar los aciertos y los vacíos en las prácticas, políticas y programas existentes. Esto se realiza con base en la documentación nacional, involucrando a múltiples socios. Su análisis y el proceso reúne a los gobiernos y a otros socios de la sociedad civil para analizar la situación del país y ubicar los aciertos y vacíos. Estos, una vez identificados se usan para hacer recomendaciones de acciones prioritarias para lograr el apoyo y la acción. De esta manera, la WBTi ayuda a establecer un punto de referencia práctico, mostrándole a

quienes planifican los programas y se encargan de formular políticas, dónde y qué se debe mejorar para alcanzar los propósitos y objetivos de la **Estrategia Mundial**. Ayuda en la formulación de planes de acción que sean eficaces para mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) y para orientar mejor la distribución de los recursos. Funciona como un proceso de búsqueda de consenso y ayuda a priorizar las acciones. Por tanto, la iniciativa puede tener un impacto en las políticas a nivel de país, desencadenando acciones que resultarán en mejores prácticas. Durante la segunda etapa, la WBTi usa los resultados de la etapa 1 para marcar, clasificar, categorizar y calificar a cada país o región con base en la metodología desarrollada por IBFAN Asia para la WBTi, provocando así una sana competencia entre los países de la región o entre regiones. En la tercera etapa, la WBTi requiere la repetición de la evaluación luego de 3-5 años para analizar las tendencias en los programas y prácticas, así como los índices de lactancia materna de un país, para informar sobre los programas e identificar las áreas que todavía necesitan mejorar. Dicha repetición también puede usarse para estudiar el impacto de alguna intervención en particular, durante un determinado lapso. Los grupos y especialistas de IBFAN y sus aliados pueden ayudar en los procesos de planificación, desarrollo de capacidades, análisis y preparación de los informes que serán producto de estos procesos.

#### **La WBTi busca:**

**A:** Apoyar la acción

**B:** Reunir a la gente a trabajar en alianza

**C:** Construir consensos y compromisos

**D:** Definir logros y vacíos

**E:** Mejorar la eficacia de los programas

#### **Los 15 indicadores de la WBTi**

El enfoque de la WBTi se basa en una amplia gama de indicadores, que ofrecen una visión global imparcial de los factores clave. La WBTi ha identificado 15 indicadores. Cada indicador tiene su particular importancia. La Parte I tiene 5 indicadores, basados en la herramienta de la OMS, y se refiere a las prácticas de alimentación infantil. La Parte II consiste en 10 indicadores que tratan con políticas y programas. Una vez que se realiza la evaluación de los aciertos y de los vacíos y se verifican los datos. Estos datos de los 15 indicadores se ingresan a la herramienta basada en la Web. Luego cada indicador individual recibe una marca, una identificación por colores y se califica. El conjunto de herramientas cuantifica objetivamente los datos que asignará un color y calificación; por ejemplo: Rojo o 'Grado D', Amarillo o 'Grado C', Azul o 'Grado B' y Verde o 'Grado A'. El conjunto de herramientas tiene la capacidad de generar mapas visuales o cuadros gráficos para coadyuvar el trabajo a todo nivel, incluyendo el nacional, regional e internacional.

Cada indicador cuenta con los siguientes componentes:

- La pregunta clave que se debe investigar.
- Una lista de criterios fundamentales como un subconjunto de preguntas a considerar cuando se identifiquen los logros y las áreas que necesitan mejoramiento, con directrices para marcar, clasificar y calificar el avance del país.
- Antecedentes que explican la importancia de los componentes de las prácticas, políticas o programas.

**Parte I:** Se ha desarrollado un conjunto de criterios para cada objetivo con base en la **Declaración Innocenti** de 2005 que agregó 5 objetivos adicionales. Se toma en cuenta la mayoría de los objetivos de la Estrategia Mundial. Para cada indicador, hay un subconjunto de preguntas. Las respuestas a ellas pueden llevar a identificar los logros y los vacíos. Esto muestra el desempeño de un país en un área de acción específica de las Prácticas de Alimentación en Lactantes y Niños(as) Pequeños(as).

**Parte II:** Las Prácticas de Alimentación en Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) de la Parte I requieren datos numéricos específicos para cada práctica, con base en los datos obtenidos del estudio aleatorio de hogares que es de alcance nacional.

Una vez que se ha recopilado y analizado la información sobre los indicadores, se incorpora al conjunto de herramientas basadas en la Web mediante el 'Cuestionario WBTi'. Seguidamente, el conjunto de herramientas marca, asigna un color y califica cada indicador individual según la Metodología WBTi desarrollada por BPNI. Esta asignación de colores y calificación se usa luego para hacer un mapeo de fácil visualización, como se puede apreciar en la [www.worldbreastfeedingtrends.org](http://www.worldbreastfeedingtrends.org)

#### **Indicadores Parte I**

1. Políticas, Programas y Coordinación a Nivel Nacional
2. Iniciativa Hospitales Amigables con la Niñez (Diez Pasos para Lograr una Lactancia Materna Exitosa)
3. Implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna
4. Protección de la Maternidad
5. Atención en Salud y Nutricional
6. Ayuda Social Comunitaria
7. Apoyo Informativo
8. Alimentación Infantil y VIH

9. Alimentación Infantil durante Emergencias

10. Monitoreo y Evaluación

## **Parte II**

11. Porcentaje de bebés amamantados(as) dentro de una hora posterior a su Nacimiento

12. Porcentaje de bebés 0<6 meses de edad amamantados(as) exclusivamente en las últimas 24 horas

13. Los(as) bebés son amamantados(as) por una duración mediana de cuántos meses

14. Porcentaje de bebés amamantados(as) menores de 6 meses que reciben otros alimentos o bebidas en biberón

15. Porcentaje de bebés amamantados(as) que reciben alimentos complementarios entre los 6-9 meses de edad

**Información de Antecedentes:** La información de antecedentes sobre los ODM 1, 4, y 5 se recopila, pero no se le marca, ni asigna color ni calificación. Puede usarse para comprender mejor los contextos de salud, nutricionales y socio-económicos que afectan las prácticas y programas de alimentación en lactantes y niños(as) pequeños(as).

### **Proceso de Evaluación Nacional**

El mismo se describe a continuación en 3 pasos:

**Primer Paso:** Se requiere llevar a cabo las siguientes actividades a nivel nacional:

1. Reunión de orientación con todas las personas clave identificadas en los países individuales para discutir el proceso y metodología completa. Las directrices ya han sido elaboradas y se encuentran a disposición.

2. Identificación de los socios, evitando claramente los conflictos de interés.

3. Identificación de una persona o equipo clave como 'Coordinador Nacional de la Evaluación IYCF (alimentación infantil y del niño pequeño)', quien se encargará de coordinar el proceso completo a nivel de país y con la coordinación regional.

4. Reunión para la revisión del proceso y planificación de la evaluación.

5. Identificación de un grupo medular (se recomiendan unas 4 a 5 personas), incluyendo representantes del Gobierno como la autoridad/comisión/comité nacional de lactancia materna, agencias como UNICEF, OMS-OPS, ONGs y otras organizaciones profesionales y académicas locales.

6. Facilidades para realizar la evaluación conforme a las directrices, y el análisis.

- Llegar a un acuerdo sobre las responsabilidades que tiene cada quien de todos los indicadores del 1-15.
- Preparar un plan de trabajo, seguido de la recopilación de la información.
- Finalizar las acciones del grupo medular y preparar el informe.
- Presentarlo ante un público más amplio para su revisión, comentarios y consenso.
- Identificar los vacíos y tormentas de ideas para definir las recomendaciones y planes de acción.
- Incorporar los comentarios o sugerencias al resultado final del informe.
- Contar en todas las etapas con el apoyo y coordinación regional.

#### **Segundo Paso:**

1. La verificación de datos se realiza en esta etapa para revisar la calidad, alcance nacional, etc., para luego compartirlos con la oficina de coordinación regional y de la WBTi.
2. Uso de los resultados como aporte al portal de la Web de la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna WBTi.
3. El conjunto de herramientas de la Web inicia el proceso de marcar, asignar colores y calificar, y los países se clasifican de acuerdo a su posición, haciéndolo más significativo. Los países y regiones se clasifican por orden de su desempeño.
4. El portal Web de la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna WBTi permite el acceso universal a la información que se haya generado.

#### **Tercer Paso:**

1. Tarjetas de calificación generadas y publicadas, compartidas con los gobiernos que son usuarios potenciales.
2. Informes compartidos con donantes con información sobre cómo pueden canalizar mejor su apoyo.

#### **Formulación de las recomendaciones**

Con base en los vacíos identificados, le corresponde al equipo o a todos los socios formular un conjunto de recomendaciones para los planes de acción. Una vez finalizado el proceso, los resultados –incluyendo las recomendaciones para la acción— deben presentarse ante los(as) diseñadores(as) y formuladores(as) clave de políticas nacionales, así como a potenciales agencias de cooperación. Sería muy útil mostrarles la posición que ocupa el país

en la región, su color, calificación, clasificación y qué se debe hacer. También pueden hacerse comparaciones entre países, sub-regiones y regiones. Una vez que se revisan los resultados, las personas que toman las decisiones deben decidir cuáles son los vacíos o áreas que necesitan mejoramiento con la prioridad más alta y que sean más factibles de abordar. Esto desencadena un proceso de planificación detallado y la implementación de la Estrategia Mundial a nivel de país.

Otro paso que podría ser útil es discutir las responsabilidades del Gobierno y de los(as) otros(as) socios para compartir y complementar los planes de trabajo y asumir actividades, evitando siempre claramente los conflictos de interés. Es muy importante diferenciar entre quienes deben velar por el interés público y quienes tienen fines de lucro. Indicadores de la evaluación: En el documento denominado 'Indicadores **WBTi**' se incluyen cuestionarios detallados para recoger información sobre todos los indicadores. Para contestar estas preguntas, deberá estudiar las políticas, programas y marcos nacionales, además de realizar entrevistas con autoridades clave. Las sesiones de lluvia de ideas para generar recomendaciones de acciones con el fin de llenar los vacíos, serían de utilidad si se realizan simultáneamente.

Se requiere información adicional sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM 1, 4, y 5 Sería conveniente incluir alguna información con antecedentes sobre datos demográficos y el estado de consecución de los Objetivos del Milenio ODM. Esta información no será clasificada ni calificada por la WBTi.

1. Objetivo de Desarrollo del Milenio 1 (Estado Nutricional de Niños(as) Menores de 5 Años)

- Porcentaje de Bajo Peso al Nacer
- Porcentaje de Talla Baja en Menores de Cinco Años
- Porcentaje de Menores de Cinco Años con Peso Insuficiente

2. Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (Supervivencia Infantil)

- Mortalidad en Menores de Cinco Años
- Índice de Mortalidad Infantil
- Índice de Mortalidad Neonatal

3. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (Mejoramiento de la Salud Materna)

- Índice de Mortalidad Materna
- Salud Materna
- Partos Atendidos por Personal en Salud Capacitado
- Cobertura de Atención Prenatal



## EVALUACIÓN WBTI de CHILE

### Parte I: Políticas y Programas para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) (ALNP)

En la Parte II se ha desarrollado un conjunto de criterios para cada objetivo con base en la *Declaración Innocenti* y más allá, es decir, considerando la mayoría de los objetivos de la *Estrategia Global*. Para cada indicador, hay un subconjunto de preguntas que conducen a un logro clave, señalando el desempeño de un país en una área específica. Cada pregunta tiene un posible puntaje de 0-3 y el indicador tiene un puntaje máximo de 10. Una vez que se ingresa la información de los indicadores, se clasifica y califica el logro alcanzado con el indicador objetivo en particular, es decir, Rojo o grado 'D', Amarillo o grado 'C', Azul o grado 'B' y Verde o grado 'A'.

*Directrices de IBFAN Asia para la WBTi*

| <i>Puntajes</i> | <i>Código por Color</i> | <i>Calificación</i> |
|-----------------|-------------------------|---------------------|
| 0 – 3.5         | Rojo                    | D                   |
| 4 – 6.5         | Amarillo                | C                   |
| 7 – 9           | Azul                    | B                   |
| Más de 9        | Verde                   | A                   |

Esta parte del juego de herramientas cubrirá los objetivos de “*Innocenti y más allá*” en cuanto a las políticas y programas. Nuevamente, el Puntaje se asignará como un Código por Color para una mejor comprensión de la situación actual en lo concerniente a la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as).

#### Indicador 1: Política, Programa y Coordinación Nacional

Pregunta Clave: *¿Existe una política nacional para la alimentación/ lactancia materna de lactantes y niños(as) pequeños(as) que proteja, promueva y apoye la alimentación óptima de lactantes y niños(as) pequeños(as) y que dicha política sea apoyada por un programa del gobierno? ¿Existe un mecanismo que coordine un comité y coordinador(a) nacionales similares para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)?*

## **Antecedentes**

La “*Declaración Innocenti*” fue adoptada en 1990. Recomendaba que todos los gobiernos contaran con comités y coordinadores(as) nacionales de lactancia materna como mecanismos establecidos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en el país. La Cumbre Mundial de la Niñez (2000) recomendó a todos los gobiernos diseñar políticas nacionales de lactancia materna. La Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) hace un llamado a la acción urgente por parte de todos los estados miembro para desarrollar, ejecutar, monitorear y evaluar una política integral sobre ALNP.

## **Posibles fuentes de Información**

La mayoría de países ya cuentan con su Plan de Acción Nacional sobre Nutrición y su Plan de Acción Nacional para la Niñez, como seguimiento a la Cumbre de la ONU para la Niñez. Aparte de esto, las Políticas Nacionales sobre Nutrición y las Políticas Nacionales en Salud deben contemplar también la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Muchos países han tomado acción y ya cuentan con comités nacionales de lactancia materna. Sería muy útil obtener las minutas de este comité, así como sus términos de referencia. Estos documentos podrían suministrar posibles fuentes de información detallada sobre esta sección en particular. Muchos países también han realizado reuniones del CRC. También sería útil obtener copias de las minutas e informes de estas reuniones.

Las discusiones sobre la implementación de la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) pueden realizarse a nivel nacional con el(la) Coordinador(a) Nacional de Lactancia Materna, funcionarios de los Ministerios de Salud y Planificación y/o Trabajo, representantes reguladores del gobierno, OMS, UNICEF y grupos de promoción de la lactancia materna como IBFAN. Averigüe y obtenga copias escritas de cualquier política nacional que cubra la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).

Otras fuentes podrían ser las políticas y programas de la IHAN, legislación nacional como seguimiento al *Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna* (El Código) y su proceso de implementación o los reportes de las organizaciones comunitarias sobre nutrición y salud.

## **Criterios del Indicador 1**

| <b>Directrices para la puntuación</b>   |  |
|---|--|
| <b>Criterios</b>  | √ <b>Marque todas las que se aplican</b> |
| 1.1) El gobierno ha adoptado/ aprobado oficialmente una política nacional sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)  | 2  |
| 1.2) La política recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, iniciando la alimentación complementaria después de los seis meses y continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más. | 2  |
| 1.3) Un plan de acción nacional diseñado con base en la política  | 2  |
| 1.4) El plan cuenta con financiamiento adecuado   | 1  |
| 1.5) Existe un Comité Nacional de Lactancia Materna o comité de ALNP  | 1•                                       |
| 1.6) El comité nacional de lactancia materna (o alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) celebra reuniones, monitoreo y revisiones periódicas   | 2•                                       |
| 1.7) El comité nacional de lactancia materna (alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) se enlaza eficazmente con todos los otros sectores como salud, nutrición, información, etc.                              | 0.5•                                     |
| 1.8) El Comité de Lactancia Materna está dirigido por un(una) Coordinador(a) con términos de referencia claros, y comunica periódicamente la política nacional a nivel regional, distrital y comunal                      | 0.5•                                     |
| <b>Puntaje total</b>  | <b>4/10</b>                              |
|   |  |

**Fuentes de información usadas:** Cecilia Reyes Acuña (Coordinadora Redes Neonatales y Pediátricas, Ministerio de Salud).

Resolución Exenta No. 273, 16 de abril, 1991.

Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años. Guías de Alimentación hasta la Adolescencia (Ministerio de Salud, 2005).

Programa de Desarrollo Biopsicosocial del Programa Chile Crece Contigo (2010). Entrevistas a Nadra Fajardin (Nutricionista, Junta Nacional de Jardines Infantiles).

**Total de puntos para el indicador 1 en Chile: 3 puntos**

**Comentarios:**

-No existe una Política Nacional sobre Alimentación de Lactantes y Niños pequeños y el documento más referente respecto a las recomendaciones sobre la cantidad de tiempo que debe durar la lactancia materna no es claro y varía de proveedor a proveedor y de institución a institución. El documento más referente es la “Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años. Guías de Alimentación hasta la Adolescencia”, el cual indica que

“La meta es mantener la lactancia materna adecuadamente complementada con sólidos, hasta el año de vida” (pag. 19) no cumpliendo así con los estándares internacionales y la evidencia científica disponible”. Esto no excluye que en el 2013, la Comisión Nacional de Lactancia desarrollo una encuesta de lactancia materna donde mide la lactancia materna exclusiva a los 6 meses o más meses, lo que se presta a confusión, ya que la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuada hasta los 2 años o más, una vez que se introducen los alimentos complementarios adecuados y nutritivos a los 6 meses de vida.

-En la Sección de *Fortalecimiento del Control de Salud del niño o niña* del Programa de Desarrollo Biopsicosocial del Programa *Chile Crece Contigo* (política pública del Estado chileno que tiene como objetivo intervenir la reproducción intergeneracional de la pobreza y equiparar la oportunidad de desarrollo de niños y niñas), se hace mención del fomento a la lactancia materna, pero no hay profundización respecto a lo que este fomento significa e implica, ni tampoco se define o existe un plan/financiamiento específico para desarrollarlo.

- La Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALMA) es una comisión técnica multidisciplinaria e intersectorial que trabaja bajo el alero del Ministerio de Salud existente desde el año 1991. Realiza reuniones periódicas. Sin embargo hay una alta rotación de participantes, falta de planes de acción por parte de algunas organizaciones/instituciones que la componen, así como una necesidad de un compromiso para que no existan participantes que sean parte o estén asociados a la industria láctea y alimentaria evitando así los conflictos de interés.

#### **Recomendaciones:**

- Dar inicio, con liderazgo de la CONALMA, a un trabajo para lograr una Política Nacional sobre Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as con alcance sectorial/intersectorial acorde a los estándares internacionales.

- Esta política deberá ser implementada mediante planes de acción en cada una de las instituciones/organizaciones que conforman la CONALMA, y deberán de contar con el financiamiento adecuado para su ejecución.

- Asimismo, deberá realizarse la inmediata incorporación de esta Política al trabajo del *Chile Crece Contigo*.

-La CONALMA deberá asegurar la participación de entidades y personas libres de Conflicto de Intereses con empresas de la industria láctea y alimentaria.

#### **Indicador 2: Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez (Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa)**

##### **Preguntas Clave:**

**2A) ¿Qué porcentaje de hospitales y maternidades que ofrecen servicios de maternidad han sido designados “Amigables con la Niñez” con base en criterios globales o nacionales?**

**2B) ¿Qué son los aportes de capacitación especializada y la sostenibilidad de la IHAN?**

## 2C) ¿Cuál es la calidad del programa de implementación de la IHAN?

### Antecedentes:

La *Declaración Innocenti* hace un llamado a todos los servicios de maternidad para que practiquen plenamente los *Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa*, que buscan *Proteger, promover y apoyar la lactancia materna: el rol especial que juegan los servicios de maternidad, Declaración Conjunta de OMS/UNICEF*. El Informe de Avance de 1999 de UNICEF sobre la IHAN enumera el número total de hospitales /maternidades que hay en cada país y el número total que han sido designados como “Amigables con la Niñez”. De acuerdo con el Paso 2 de los diez pasos, todo el personal de los servicios de maternidad debe capacitarse en el manejo de la lactancia. UNICEF y OMS recomiendan que todo el personal reciba al menos 18 horas de capacitación y un mayor nivel de capacitación sería aún más deseable. Ya varios países han iniciado acciones en la IHAN aunque los avances alcanzados hasta ahora se expresan solo en números; los informes reflejan que podría haber un retroceso si no se mejoran significativamente las habilidades de los(las) trabajadores(as) en salud. La Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) indica que es necesario realizar una revitalización de la IHAN y de que su evaluación también se realice periódicamente para ayudar a la sostenibilidad de este programa y contribuir a incrementar la lactancia materna exclusiva.

El juego de herramientas se enfocará tanto en el aspecto cuantitativo como cualitativo. Analizará los porcentajes de hospitales y maternidades que han sido designados IHAN, así como la calidad del programa, es decir, los aportes en capacitación especializada al IHAN, lo cual resulta vital para su sostenibilidad, y cómo se realiza su monitoreo y evaluación.

### Directrices 2A Cuantitativas

2.1)  0  de  186  del total de hospitales (públicos y privados) y maternidades que ofrecen el servicio de maternidad han sido designados o reevaluados como “Amigos del Niño” en los últimos 5 años  0  %

| Criterios                  | √ Marque la opción que se aplica (solo una) |
|----------------------------|---|
| <b>0</b>                   | <b>0•</b>                                   |
| 0.1 - 20%                  | 1   |
| 20.1 - 49%                 | 2   |
| 49.1 - 69%                 | 3   |
| 69.1-89 %                  | 4   |
| 89.1 - 100%                | 5   |
| <b>Clasificación total</b> | <b>0 / 5</b>                                |

**Directrices – Criterios cualitativos *Calidad del programa de implementación IHAN:***

| <i>Directrices para la puntuación</i>  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <b>Criterios</b>   | √ <b>Marque las que se aplican</b> |
| 2.2) El programa IHAN depende de la capacitación de los(las) trabajadores(as) en salud usando un programa de capacitación de al menos 20 horas | 1.0                                |
| 2.3) Existe un sistema estándar de monitoreo   | 0.5                                |
| 2.4) El sistema de evaluación incluye entrevistas al personal de salud en maternidades y centros de cuidado posnatal                           | 0.5                                |
| 2.5) El sistema de evaluación depende de entrevistas con las madres  | 0.5                                |
| 2.6) Se han incorporado sistemas de reevaluación en los planes nacionales, con implementación sujeta a plazos                                  | 1.0                                |
| 2.7) Existe (o existió) un programa sujeto a plazos para aumentar la cantidad de instituciones IHAN en el país                                 | 0.5                                |
| 2.8) El VIH se integra al programa IHAN  | 0.5                                |
| 2.9) Los criterios nacionales implementan los criterios de la IHAN Global plenamente   | 0.5                                |
| <b>Puntaje total</b>   | <b>0.5/5</b>                       |
| <b>Puntaje total</b>   | <b>0.5/10</b>                      |

**Fuentes de información usadas:**

Cecilia Reyes Acuña (Coordinadora Redes Neonatales y Pediátricas, Ministerio de Salud).

Página UNICEF-Chile.

La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades. Washington, DC : OPS, 2016 Ministerio de Salud

**Total de puntos para el indicador 2 en Chile: 0.5 puntos**

**Comentarios**

- 99.8 % de partos de Chile se dan en establecimientos de salud (datos 2010-2013).

-En la década de los 90, el Ministerio de Salud acreditó 37 hospitales públicos, 1 hospital privado y 1 clínica privada pero ninguna se re acreditó posteriormente por lo que estos recintos ya no cuentan con la acreditación de IHAN.

- Los establecimientos de salud certificados o recertificados como amigos del niño desde el 2008 fueron solamente 1 de 165 establecimientos, con el 1.6 % de los partos. Los que fueron alguna vez certificados fueron 39 de 165. La mayoría se certificó en los años 90, 2001-2005.

- Al día de hoy Chile no se ha actualizado con las recientes instrucciones establecidas por la OMS/UNICEF en 2009 con respecto a IHAN.

-Si bien la UNICEF en Chile fue un agente clave en los procesos de acreditación de estos recintos, actualmente la UNICEF declara “no trabajar el tema de la lactancia” por lo que no existe un sistema estándar de monitoreo, sistemas de evaluación y reevaluación, ni programas con limitación de tiempo para acreditar instituciones IHAN.

### **Recomendaciones**

-Realizar la Abogacía necesaria para que se reactive la iniciativa IHAN y se inicie el proceso de re acreditación de los mismos con los nuevos protocolos.

-Hacer llamado a UNICEF-Chile sobre la prioridad que tiene la lactancia materna a nivel Unicef mundial y la importancia de reactivar este tema en agenda nacional.

### **Indicador 3: Implementación del Código Internacional**

*Pregunta Clave: ¿Están vigentes e implementados el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y posteriores resoluciones de la AMS? ¿Se han tomado nuevas acciones para hacer efectivas las disposiciones del Código?*

#### **Antecedentes:**

La “*Declaración Innocenti*” hace un llamado a todos los gobiernos para que tomen acción para implementar todos los artículos del *Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna* y posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud. El propósito del Código es el de contribuir con la disposición de una nutrición segura y adecuada para lactantes, mediante la protección y promoción de la lactancia materna, y garantizando el uso adecuado de sucedáneos de leche materna cuando éstos sean necesarios, con base en información correcta y a través del mercadeo y distribución apropiados. La “*Situación del Código por País*” del ICDC sobre el avance de los países en la implementación del Código proporciona suficiente información sobre las acciones tomadas.

Los países deben promulgar leyes como seguimiento de lo anterior. Desde entonces, se ha adoptado diversas nuevas resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud, que fortalecen el *Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna* que tienen el mismo estatus del Código y también deben tomarse en cuenta. La Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) hace un

llamado a un incremento de las acciones para este objetivo. De acuerdo con la OMS, de los 191 Estados Miembro, 162 han tomado acción para darle efecto, pero el reporte de la ICDC saca a relucir el hecho de que hasta ahora solo 32 países han aprobado leyes nacionales que cubren el Código en su totalidad. El ICDC usa criterios para evaluar el tipo de acción.

El Código ha sido reafirmado por la Asamblea Mundial de la Salud en varias oportunidades mientras asumía resoluciones sobre diversos temas relacionados con la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).

### Directrices

*Pregunta Clave: ¿Están vigentes e implementados el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y posteriores resoluciones de la AMS? ¿Se han tomado nuevas acciones para hacer efectivas las disposiciones del Código?*

| <b>Directrices para la puntuación</b>  |                |
|--|----------------|
| <b>Criterios (Medidas legales que existan en el país)</b>  | <b>Puntaje</b> |
| <b>3a: Estado del Código Internacional de Comercialización</b>   |                |
| √ (Marque las que se aplican. Si es más de una, anote la puntuación mayor.)  |                |
| 3.1) No se ha tomado ninguna medida  | 0              |
| 3.2) Se está estudiando el mejor enfoque   | 0.5            |
| 3.3) Las medidas nacionales están en espera de aprobación (durante no más de tres años)  | 1              |
| 3.4) Algunas disposiciones del Código como medida voluntaria   | 1.5            |
| 3.5) Todas las disposiciones del Código como medida voluntaria   | 2              |
| 3.6) Directriz/circular administrativa implementando el Código en forma total o parcial en centros de salud con sanciones administrativas  | 3              |
| 3.7) Algunos artículos del Código como ley   | 4              |
| 3.8) Todos los artículos del Código como ley   | 5              |
| 3.9) Las disposiciones pertinentes de las resoluciones de la AMS posteriores al Código se incluyen en la legislación nacional <sup>1</sup> | 8              |
| a. Se incluyen disposiciones con base en al menos 2 de las   |                |

<sup>1</sup> El acatamiento a las resoluciones de la AMS debe incluirse en la legislación nacional y aplicarse mediante órdenes judiciales para marcar este puntaje.

1. No se permite la donación de suministros gratuitos o subsidiados de sucedáneos de la leche materna (WHA 47.5)
2. Se recomienda el etiquetado de los alimentos complementarios, comercializados o declarados para su uso a partir de los 6 meses de edad (WHA 49.15)
3. Se prohíben las afirmaciones de salud y nutrición en productos para lactantes y niños pequeños (WHA 58.32)
4. Las etiquetas de los productos cubiertos cuentan con advertencias sobre los riesgos de contaminación intrínseca y reflejan las recomendaciones de la FAO/OMS para la preparación segura de la leche de fórmula para lactantes (WHA 58.32, 61.20)



|   |             |
|---|-------------|
| resoluciones de la AMS como se indica a continuación<br>b. Se incluyen disposiciones con base en las 4 resoluciones de la AMS que se indican a continuación |             |
|   |             |
| <b>3b: Implementación del Código /Legislación nacional</b>  |             |
| 3.10 La medida / ley establece un sistema de Monitoreo  | 1           |
| 3.11 La medida prevé sanciones y multas que se impondrán a los infractores  | 1           |
| 3.12 El cumplimiento de la medida se monitorea y las violaciones se informan a los organismos interesados   | 1           |
| 3.13 Los infractores de la ley han sido sancionados durante los últimos tres años   | 1           |
| <b>Total Score (3a + 3b)</b>  | <b>3/10</b> |

**Fuentes de información usadas:**

Normativa Institucional Ord. 4C 10671.

30 Años del Código en América Latina, OPS 2011.

State of the Code by Country, A survey of measures taken by governments to implement the provisions of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes & subsequent World Health Assembly resolutions, ICDC 2016.

Cecilia Reyes Acuña (Coordinadora Redes Neonatales y Pediátricas, Ministerio de Salud).

Castillo C. Los niños chilenos tienen derecho a alimentos saludables. Centro de Investigación Periodística (en línea); disponible en <http://ciperchile.cl/2011/04/14/los-ninos-chilenos-tienen-derecho-a-alimentos-saludables/> (último acceso 15/04/2011)

**Total de puntos para el indicador 3 en Chile: 3 puntos**

**Comentarios:**

-El 24 de diciembre, 1992, el Ministerio de Salud manifestó su interés en la creciente actividad de autoridades mundiales de salud por rescatar y promover la lactancia natural y por ende instruyó se incorporarán algunos artículos del código en establecimientos mediante normativa institucional Ord. 4C 10671:

1. Establecimientos dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud (consultorios y postas, maternidades y hospitales) no podrán recibir donaciones de suministros de fórmulas

lácteas ni otros productos sucedáneos de la leche materna; esta medida es extensiva a la adquisición de estos productos a precio reducido.

2. La presentación y entrega de muestras de producto alimentario para lactantes, se hará exclusivamente a los profesionales de la salud, en el lugar donde desarrollen su trabajo, sólo con fines de evaluación profesional o de investigación a nivel institucional, tendiendo a que no se desestime la práctica de la lactancia materna exclusiva.

3. Los productores o comercializadores de alimentos para lactantes no podrán entregar en hospitales, maternidades ni establecimientos dependientes de Servicio Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.), suministros o muestras gratuitas al público. Esta medida ha sido adoptada a nivel mundial por la Asociación Internacional de Productos de Alimentos Infantiles.

4. Los materiales informativos, educativos y de apoyo publicitario a través de impresos, medios audiovisuales y de donación de alimentos a ser usados en la atención directa a las madres y a los niños, no deberán contener imágenes o conceptos que interfieran con el fomento de la práctica de la lactancia materna, idealizando la alimentación artificial.

- No ha habido un monitoreo permanente de estas anteriores disposiciones del Código.

- El Reglamento Sanitario de los Alimentos No 977, actualizado por última vez en 2013, en sus artículos 493 a 497 describe las fórmulas de iniciación y de continuación, con disposiciones relativas a su composición y etiquetado. Estas últimas contienen casi todo lo que requiere el Código Internacional en materia de etiquetado y de información pero no contiene las disposiciones relativas a las actividades de comercialización, de promoción, de publicidad y de venta de los mismos.

- La nueva Ley 20.869 Publicidad de los Alimentos; Composición Nutricional de los Alimentos; Consumo de Alimentos; Alimentos; Menores de Edad, aprobada en noviembre 2015, en su Artículo 5° prohíbe toda publicidad de alimentos sucedáneos de la leche materna. Se entiende por sucedáneos de leche materna las “fórmulas de inicio” y “fórmulas de continuación” hasta los doce meses de edad, según lo establecido en el Reglamento Sanitario de los Alimentos, contenido en el decreto supremo N° 977, del Ministerio de Salud, promulgado el año 1996 y publicado el año 1997.

- La Ley plantea que el profesional que requiera indicar estas fórmulas deberá garantizar que el usuario cuente con la información necesaria para seleccionar adecuadamente la fórmula respectiva, señalando en la receta el nombre genérico de ésta, es decir, fórmula de inicio o de continuación, y la edad del niño o niña que la recibirá. Las infracciones a las disposiciones de este artículo serán sancionadas de acuerdo al Libro Décimo del Código Sanitario.

- Sin embargo, esta nueva Ley no incluye las preparaciones comerciales de alimentos infantiles y los alimentos para uso infantil procesados a base de cereales, definiendo su

composición, usos y etiquetado, que están descritos en los artículos 498 a 513 del Reglamento Sanitario de los Alimentos No 977.

- Es importante acotar que la Ley 20.869 y el Reglamento Sanitario de los Alimentos No 977 no son una implementación cabal del Código Internacional. Le faltan varios productos designados y las disposiciones y definiciones relativas a la comercialización, siguiendo los lineamientos de la Asamblea Mundial de la Salud que optó por adoptar el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna, y por actualizarlo regularmente con resoluciones subsiguientes.
- El país no posee a la fecha un marco legal que regule la comercialización de alimentos infantiles y mientras esto ocurre, las compañías persisten en violar el Código a través de muy diversas estrategias, y debido al vacío legal no ha habido jamás sanciones a las mismas.
- El único monitoreo del Código en Chile data del año 1999.

#### **Recomendaciones:**

- Chile tendría que adoptar una ley de comercialización de los sucedáneos de la leche materna que, además de definir claramente cada uno de ellos, incluya los alimentos complementarios, biberones, tetinas, leches para madres y otros productos designados, conteniendo las disposiciones relativas a las actividades de comercialización, de promoción, de publicidad y de venta de los mismos, como la prohibición de promoción al público en general, al personal de salud y a los establecimientos de salud; requerimientos de información en el etiquetado; criterios para el monitoreo del cumplimiento de la ley y reglamento.
- Realizar una campaña para dar a conocer la Ordenanza Ord. 4C 10671, para realizar denuncias respectivas, el Reglamento Sanitario de los Alimentos No 977 y la Ley 20.869.
- Iniciar el proceso para que Chile cuente con una Ley de regulación de la comercialización apegada a lo que establece el Código Internacional y Resoluciones Posteriores de la AMS.
- Incorporar en su totalidad el Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna y las Resoluciones de la AMS relevantes a la Política Nacional sobre Alimentación de Lactantes y Niños pequeños incluyendo monitoreos permanentes por parte de la Comisión Nacional de Lactancia Materna y su seguimiento, con adecuada financiación.

#### **Indicador 4: Protección de la Maternidad**

*Pregunta clave: ¿Existe legislación u otras medidas (políticas, reglamentos, prácticas) que cumplan o superen las normas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para la protección y el apoyo de la lactancia materna para madres, incluyendo aquellas las madres trabajadoras del sector informal?*

#### **Antecedentes:**

La Declaración Innocenti (1999, 2005) y la Estrategia Global para la ALNP (2002) de la OMS hacen un llamado para la provisión de legislación imaginativa para proteger el derecho a la lactancia materna de las mujeres trabajadoras, y el posterior monitoreo de su aplicación de conformidad con la Convención No. 183, 2000 de la OIT para la Protección de la Maternidad y su Recomendación 191. La Convención de la OIT para la Protección de la Maternidad (MPC) 183 especifica que las mujeres trabajadoras deben recibir:

- Protección en salud, protección en su trabajo y la no discriminación para trabajadoras embarazadas y lactantes
- Al menos 14 semanas de licencia por maternidad remuneradas
- Uno o más recesos diarios para lactancia materna remunerados o reducción de las horas laborales diarias para amamantar
- Además, la Recomendación 191 fomenta la creación de espacios para lactancia materna dentro de los lugares de trabajo o próximos a ellos.

El concepto de protección de la maternidad contempla 7 aspectos: 1) el alcance (en términos de quién(es) está(n) cubierta(s)); 2) licencias (duración; cuándo se toman, antes o después de dar a luz; licencia obligatoria); el monto de la licencia remunerada y quién la paga – el patrono o el gobierno; 3) beneficios monetarios y médicos; 4) recesos para lactancia materna; 5) instalaciones para lactancia materna; 6) protección en salud para mujeres embarazadas y lactantes y sus bebés; 7) protección del empleo y no discriminación.

Únicamente una pequeña cantidad de países han ratificado la C183, pero bastantes países ya han ratificado la C103 y/ o cuentan con legislación y prácticas nacionales que son más fuertes que las disposiciones de cualquiera de las Convenciones de la OIT.

La protección de la maternidad implica que también deben estar protegidas las mujeres que trabajan en la economía informal. La Declaración Innocenti 2005 hace un llamado de atención urgente a las necesidades especiales de las mujeres del sector no formal.

Una adecuada protección de la maternidad también reconoce el papel que juega el padre en la crianza y de ahí la necesidad de la licencia de paternidad.

#### **Directrices para el Indicador 4**

*Pregunta Clave: Legislación para la Protección de la Maternidad, otras políticas y prácticas que protegen y apoyan la lactancia materna*

| <i>Directrices para la puntuación</i>   |                                |
|---|--------------------------------|
| <b>Criterios</b>  | <b>Marque el que se aplica</b> |
| 4.1) A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga el siguiente número de semanas de licencia por maternidad, remuneradas<br>a. Cualquier período menor a las 14 semanas<br>b. 14 a 17 semanas<br>c. 18 a 25 semanas<br>d. 26 semanas o más   | 0.5<br>1<br>1.5<br>2           |
| 4.2) A las mujeres cubiertas por la legislación nacional se les otorga al menos un receso por lactancia materna o la reducción en su jornada laboral diaria.<br>a. Receso sin pago<br>b. Receso pagado  | 0.5<br>1                       |
| 4.3) La legislación obliga a los patronos de mujeres en el sector privado del país a conceder al menos 14 semanas por licencia de maternidad, remuneradas, y recesos por lactancia pagados.   | 1                              |
| 4.4) Existe una disposición en la legislación nacional que prevé espacios en el lugar de trabajo para lactancia materna y/ o guarderías en los lugares de trabajo del sector formal. <i>(es posible que más de una opción se aplique)</i><br><br>a. Espacio para lactancia expresión de leche materna<br><hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> b. Guardería | 0.5<br>1                       |
| 4.5) A las mujeres de los sectores informales o no organizados y agrícolas se les concede lo siguiente:<br>a. algunas medidas de protección<br>b. la misma protección que las mujeres que trabajan en el sector formal  | 0.5<br>1                       |
| 4.6) <i>(se puede aplicar más de uno)</i><br><hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/><br>a. Las trabajadoras cuentan con información sobre leyes, reglamentos y políticas de protección a la maternidad<br>b. Existe un sistema para el monitoreo del cumplimiento y una forma para que las trabajadoras denuncien si no se respetan sus derechos.             | 0.5<br>0.5                     |
| 4.7) En el sector público se concede la licencia de paternidad durante al menos 3 días.   | 0.5                            |
| 4.8) En el sector privado se concede la licencia de paternidad durante al menos 3 días.   | 0.5                            |

|  |             |
|--|-------------|
| 4.9) Existe legislación que prevé la protección en salud de las trabajadoras embarazadas y lactantes: ellas son informadas sobre condiciones peligrosas en sus lugares de trabajo y se les ofrecen trabajos alternativos con el mismo salario hasta que ya no estén embarazadas o amamantando. | 0.5         |
| 4.10) Existe legislación que prohíbe la discriminación en el empleo y garantiza la protección laboral para las mujeres trabajadoras durante su período de lactancia materna.   | 1           |
| <b>Puntaje total:</b>  | <b>9/10</b> |

**Fuentes de información usadas:**

Ley 20.545.

Código del Trabajo.

Entrevista con Paula Martínez (Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM)

**Total de puntos para el indicador 4 en Chile: 9**

**Comentarios:**

- Chile conquistó la licencia más extensa de Suramérica, al pasar de los tres meses actuales a seis, y que podrá extenderse hasta los siete meses y medio si las madres optan por integrarse al trabajo a media jornada.

- El nuevo postnatal beneficia a las madres trabajadoras con contrato temporal y a plazo indefinido o fijo. En el caso de las temporeras o las trabajadoras independientes, el Congreso fijó un mínimo de meses de afiliación al sistema previsional y de cotizaciones en cada caso para poder acceder al permiso. Sin embargo las trabajadoras del sector informal no podrán acceder a la ayuda.

**- Las mujeres chilenas del sector formal tienen derecho a los siguientes descansos:**

- Prenatal: seis semanas antes del parto.
- Postnatal: doce semanas después del parto.
- Postnatal parental: doce o dieciocho semanas (dependiendo de si la madre se queda en casa o si regresa a trabajar por media jornada) después del postnatal recién mencionado. En esta segunda etapa se cancelará el 50% del subsidio.

**- El derecho de descanso del padre es:**

- Permiso pagado de cinco días en caso de nacimiento de un hijo, el que podrá utilizar a su elección desde el momento del parto en días corridos, o distribuirlos dentro del primer mes desde la fecha del nacimiento. Además la ley da la posibilidad a la madre de traspasar hasta seis semanas de la licencia al padre.
- Si la madre muriera en el parto o durante el período de permiso posterior a éste, dicho permiso o el resto de él que sea destinado al cuidado del hijo corresponderá al padre o a quien le fuere otorgada la custodia del menor.

- La ley también se aplica cuando se adoptan menores de seis meses, y se podrá optar a las 24 semanas de permiso, y en el caso de hijos adoptados mayores de seis meses y menores de 18 años, dispondrán de 12 semanas.

**-Permiso de alimentación:**

- Existe el derecho a la alimentación de los hijos hasta 2 años. Las madres trabajadoras disponen de una hora al día para dar alimento a sus hijos. Este derecho puede ejercerse de las siguientes formas a acordar con el empleador:

a) En cualquier momento dentro de la jornada de trabajo

b) Dividiéndola, a solicitud del interesado, en dos bloques de media hora cada uno.

c) También pueden retrasar el ingreso o adelantar la salida en media o una hora.

-Además, las empresas que tengan la obligación proveer una sala cuna o guardería (20 trabajadoras o más), deberán otorgar también el tiempo de movilización que la madre necesite para dar alimentos y deberán costear los pasajes.

- Legalmente el empleador no puede despedir a una mujer durante los respectivos descansos de maternidad que le correspondan, salvo si su empleador cuenta con autorización judicial. Además durante el embarazo las trabajadoras que estén en cargos que puedan ser considerados perjudiciales para la salud deberán ser transferidas a otro trabajo que no lo sea.

- Si bien El Ministerio de la Mujer promueve las salas de lactancia desde el 2006, como parte del Programa de Buenas Prácticas Laborales, pero no todos los ministerios ni servicios cuentan con una. Las iniciativas destinadas a promover la lactancia materna una vez que las mujeres vuelven al trabajo, están recién ampliándose. La instalación de una sala de lactancia, como lugar destinado a que las mujeres puedan extraer su leche de forma segura, aún no es una práctica uniforme en el aparato público. Las salas de lactancia están cada vez más presentes en las empresas privadas e incluso en lugares de concurrencia masiva, como grandes malls, pero falta en las políticas públicas una mayor ofensiva para exigirla incluso a las mismas instituciones del Estado.

- Lactancia materna en Chile aumentó un 12% desde entrada en vigencia del posnatal de seis meses. La Sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna reveló que antes de la entrada de la normativa, sólo el 44,6% de las madres amamantaba a sus hijos. Desde la entrada en vigencia de la nueva Ley de pre y posnatal en Chile, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes alcanzó un 56%.

- La OIT Convención 183 se encuentra entre los convenios no ratificados por Chile.

-Las mujeres en el sector informal, agrícola y que realizan trabajos esporádicos reciben un postnatal por un monto mínimo.

**Recomendaciones:**

- Mejorar la difusión de Ley de Protección a la Maternidad a las mujeres para su agenciamiento adecuado, además de mecanismos de monitoreo del cumplimiento de la misma, así como de sanciones.
- Ratificar la Convención OIT No. 183.
- Incorporar a la legislación acerca de los trabajos que puedan resultar perjudiciales para mujeres gestantes en el artículo 202; es necesario que se haga mención particular de la mujer que amamanta con respecto a este mismo punto.
- Mejorar las condiciones laborales y la protección de los derechos de mujeres sectores informales/no organizados, domésticos y agrícolas.
- Profundizar los estudios de los beneficios y experiencias al aumentar de cobertura de permiso postnatal/parental a 26 semanas o más.
- Legislar sobre espacios en el lugar de trabajo para lactancia materna y/o guarderías en los lugares de trabajo del sector formal e informal.

#### **Indicador 5: Sistemas de Atención en Salud y Nutrición**

La alimentación óptima de lactantes y niños(as) pequeños(as) incluye la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y lactancia materna continua junto con alimentación complementaria adecuada y apropiada después de los seis meses o más.

*Pregunta clave: ¿Reciben los(las) cuidadores(as) que trabajan en estos sistemas la capacitación especializada necesaria, y su currículo de formación previa al servicio respalda la alimentación óptima de lactantes y niños(as) pequeños(as)? ¿Estos servicios apoyan prácticas adecuadas de parto y lactancia para las mujeres? ¿Las políticas de los servicios de atención en salud apoyan a madres y niños(as)? ¿Se han establecido responsabilidades respecto del Código?*

#### **Antecedentes:**

La Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) indica claramente cómo alcanzar sus objetivos, por lo que las mejoras en estos servicios resulta esencial para lograrlo. Se ha documentado que el currículo de quienes prestan estos servicios es débil en este tema. También se ha observado que muchos(as) de estos(as) trabajadores(as) en salud y nutrición carecen de las habilidades adecuadas para brindar consejería en la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), lo cual es vital para el éxito de la lactancia materna.



Lo ideal sería que los nuevos graduados de los programas de atención en salud pudieran promover las prácticas óptimas para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) desde el inicio de su carrera. Todos(as) los cuidadores(s) que interactúan con las madres y sus niños(as) pequeños(as) deben alcanzar la actitud, conocimiento y habilidades básicas necesarias para poder integrar a su trabajo, la consejería en lactancia materna, el manejo de la lactancia y la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Los temas pueden integrarse en los diversos niveles durante la parte académica y el desempeño de su trabajo. Por lo tanto, debe revisarse el programa en su totalidad con el fin de evaluar este aspecto.

### Directrices

| Criterios   | Puntaje                 |            |                   |
|---|-------------------------|------------|-------------------|
|   | ✓ Marque el que aplique |            |                   |
|   | Adecuado                | Inadecuado | No hay referencia |
| 5.1) Al revisar las instituciones y los programas de formación académica previa al servicio para profesionales de salud en el país <sup>2</sup> , se comprueba que los planes académicos sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) son adecuados/ inadecuados  | 2                       | 1•         | 0                 |
| 5.2) Se han diseñado normas y directrices para contar con procedimientos y apoyo del parto adecuado para las madres, y se han distribuido a todos los centros de salud y personal encargado de brindar atención en maternidad. (Véase en el Anexo 5b el ejemplo de criterios para cuidados favorables a las madres) | 2                       | 1•         | 0                 |
| 5.3) Existen programas de capacitación en el trabajo, que ofrecen los conocimientos y habilidades relacionados con la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) para las personas que trabajan en atención de la salud /nutrición. <sup>3</sup>  | 2                       | 1•         | 0                 |
| 5.4) Los(las) trabajadores(as) en salud de todo el país reciben capacitación sobre su responsabilidad según la implementación del Código y la regulación nacional.  | 1                       | 0.5•       | 0                 |

<sup>2</sup> Los tipos de instituciones y programas educativos que deben tener planes de estudio relativos a la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) pueden variar de un país a otro. Los departamentos de las diversas instituciones que tienen a su cargo la formación en varios temas también pueden variar. El equipo evaluador deberá decidir cuáles instituciones y departamentos son imprescindibles para incluir en la revisión, con la orientación de los expertos académicos en alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), según convenga.

<sup>3</sup> El tipo de trabajadores(as) en salud que deben recibir capacitación puede variar de un país a otro, pero debe incluir cuidadores(as) que atiendan a mujeres y niños(as) en campos como medicina, enfermería, partería, nutrición y salud pública.

|   |             |     |   |
|---|-------------|-----|---|
| 5.5) El contenido y las habilidades relativos a la alimentación de lactantes se incorporan, según proceda, a los programas de capacitación, enfocándose en (enfermedad diarreica, infección respiratoria aguda, IMCI, atención del(la) niño(a) sano(a), planificación familiar, nutrición, el Código, VIH/SIDA, cáncer de mama, salud dela mujer, NCDs, etc.) | 1           | 0.5 | 0 |
| 5.6) Los programas de capacitación en el trabajo citados en 5.5 se ofrecen en todo el país. <sup>4</sup>  | 1           | 0.5 | 0 |
| 5.7) Las políticas sobre salud infantil prevén que las madres y sus bebés permanezcan juntos cuando alguno(a) de ellos(as) se enferma.  | 1           | 0.5 | 0 |
| <b>Puntaje total:</b>   | <b>5/10</b> |     |   |

**Fuentes de información usadas:**

Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (2008).

Entrevista Xenia Benavidas Manzoni (Unidad de Alimentos y Nutrición en Redes, Departamento de Coordinación de Programas APS, Ministerio de Salud)

**Total de puntos para el indicador 5 en Chile: 5**

**Comentarios:**

- La información y contenidos entregados en los servicios de salud y programas de formación académica no es uniforme ni conforme a lineamientos internacionales y esto se ver reflejado en la información variada que manejan profesionales y madres. Las escuelas de nutrición tienen un manejo más amplio en esta temática.

-Han habido avances importantes en materia de parto amigable/personalizado el cual se incluye en el Manual de Atención, sin embargo éste no tiene alcance al sector privado. En ambos sectores continúa habiendo poca claridad respecto a los derechos de las usuarias y la evidencia científica que valida ciertas prácticas obstétricas. Las altas tasas de cesárea en sector público y privado (38,1% y 70,4% respectivamente) son indicadores claves de que hay aún cambios profundos a realizar en el ámbito de la atención al parto.

-Existen programas de capacitación /perfeccionamiento desde diversos servicios públicos y privados, en su mayoría semi-presenciales o a distancia. Sus contenidos son variados y no siempre actualizados. La mayoría se imparten en modalidad online y a veces están auspiciados por empresas de la industria láctea y alimentaria. Esta es una tendencia creciente que viola los lineamientos de la OMS y el Código Internacional.

<sup>4</sup> Se puede considerar que los programas de capacitación se ofrecen “en todo el país” si existe al menos un programa de capacitación e<sup>n</sup> cada región o provincia o jurisdicción similar.

- Algunos trabajadores de la salud conocen el Código o han escuchado hablar de él. Pero mayoría no lo conocen, lo que crea condiciones que facilitan las alianzas con conflictos de interés y la intervención directa o indirecta de las empresas de alimentación infantil y otras, a través de programas “filantrópicos”.

-No existe una política de salud infantil que facilite que la madre y sus bebés permanezcan juntos/as completamente, siendo este un factor de estrés y riesgo para la diada madrebebé.

#### **Recomendaciones:**

-Motivar y capacitar a universidades/institutos que imparten programas de estudios a profesionales y técnicos de la salud sobre lactancia materna.

- Capacitar al personal sobre el Código Internacional y prohibir el auspicio y patrocinio de la industria láctea y alimentaria en capacitaciones, producción de materiales y lo relacionado con la alimentación de lactantes y niños/as.

- Mejorar, actualizar y definir normas y/o directrices de acuerdo a pautas OMS/UNICEF en el Manual de Atención para Parto Personalizado y ampliar su alcance al área pública y privada incluyendo temas de desarrollo de habilidades comunicativas y enfoque intercultural y de género.

- Implementar a nivel nacional la Iniciativa Internacional para el Parto Madrebebé (IMBCI)

-Crear mecanismos para facilitar el alojamiento conjunto cuando la madre y/o el/la bebé se enferma.

#### **Indicador 6: Apoyo Materno y Asistencia Social Comunitaria – Apoyo Comunitario para mujeres embarazadas y madres lactantes**

*Pregunta clave: ¿Existen sistemas de apoyo materno y de asistencia social comunitaria para proteger, promover y apoyar una óptima alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)?*

#### **Antecedentes:**

El apoyo comunitario para las mujeres es esencial para contar con prácticas óptimas de lactancia materna. El Paso 10 de la IHAN y la Estrategia Global para la ALNP, que incluye apoyo materno y apoyo de compañeros(as), reconoce esta necesidad. El Apoyo Materno, según lo define la Iniciativa Global para el Apoyo Materno (IGAM) es

“cualquier apoyo que se brinde a las madres con el propósito de mejorar las prácticas de lactancia materna, tanto para las madres como para los(las) lactantes y niños(as) pequeños(as).” Las mujeres necesitan del apoyo, basado en pruebas, de

políticas públicas en salud, trabajadores(as) en salud, patronos, amigos(as), familiares, la comunidad y especialmente de otras mujeres y madres.

El apoyo materno por lo general se considera como un apoyo de mujer a mujer (o más comúnmente conocido como de madre-a-madre), aunque usualmente se trata de llevar a la madre información veraz y oportuna que le ayude a tener confianza; recomendaciones sanas con base en investigaciones actualizadas; atención compasiva antes, durante y después del parto; empatía y escucha activa, asistencia práctica y orientación práctica. Incluye además apoyo y consejería por parte de profesionales y trabajadores(as) en salud. Diversos servicios de asistencia social comunitaria también pueden apoyar a las mujeres para una óptima ALNP.

Las actividades en estos contextos incluyen el apoyo de mujer-a-mujer, consejería individual o grupal, visitas al hogar u otras medidas de apoyo propias del lugar y actividades que garanticen que las mujeres tengan acceso a información adecuada, de apoyo y respeto, servicios de asistencia y consejería para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Se ha comprobado que el apoyo materno, aunado al apoyo de la asistencia social comunitaria local, resulta útil en cualquier escenario para asegurar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, además de la lactancia materna continua con alimentos complementarios de la zona durante 2 años o más. Es necesario hacer una revisión y evaluación de los sistemas actuales de apoyo comunitario, en especial en lo que respecta a los servicios de consejería en la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Las mujeres que dan a luz en un hospital necesitan apoyo continuo en el hogar y en la comunidad, haciendo este apoyo extensivo a todos los miembros de la familia, incluyendo al padre y abuela del(la) bebé.

### Directrices

| Criterios | Puntaje |                  |    |
|-----------|---------|------------------|----|
|           | Sí      | En cierta medida | No |
|           |         |                  |    |

|  |              |    |    |
|--|--------------|----|----|
| 6.1) Todas las mujeres embarazadas tienen acceso a los sistemas y servicios de apoyo comunitario para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).   | 2            | 1• | 0  |
| 6.2) Todas las mujeres reciben apoyo para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) después del parto, para iniciar la lactancia.  | 2            | 1• | 0  |
| 6.3) Todas las mujeres tienen acceso a apoyo y orientación para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) y servicios de apoyo de cobertura nacional.  | 2            | 1• | 0  |
| 6.4) La orientación comunitaria mediante grupos de apoyo para madres y los servicios de apoyo para mujeres embarazadas o lactantes están incorporados a una política general de salud y desarrollo de lactantes y niños(as) pequeños(as) ALNP/Salud/Nutrición. | 2            | 1  | 0• |
| 6.5) Los(las) voluntarios(as) comunales y trabajadores(as) en salud reciben capacitación en orientación para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).  | 2            | 1• | 0  |
| <b>Puntaje total:</b>  | <b>4 /10</b> |    |    |

**Fuentes de información usadas:**

Entrevista a Graziana De Bozzo (Directora Liga Chilena de Lactancia Materna)

**Total de puntos para el indicador 6 en Chile: 4 puntos**

**Comentarios:**

- El acceso a servicios de apoyo e información sobre alimentación no está disponible oportunamente y no es de cobertura nacional para todas las mujeres.
- Las mujeres del sector público que logran acceder normalmente lo hacen siempre y cuando en los consultorios en donde se atiendan se haya gestionado una iniciativa (muchas veces iniciativa propia del profesional de la salud/directores).
- Existe material de apoyo que ha sido gestionado por el Chile Crece Contigo, sin embargo su disponibilidad varía así como la familiarización de los profesionales de la salud con el mismo.
- En el área privada la mayoría de las mujeres que logran acceder a servicios y apoyo, lo hacen a través de personas/organizaciones privadas o no gubernamentales/comunitarias como la LLL, etc. En algunas clínicas en las que se hacen cursos de preparación para el parto existe el auspicio/patrocinio de la industria láctea y alimentaria, lo que crea serios conflictos de interés y mayor influencia de interés privados.

- Al no contar con la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño y la niña, no existen grupos de apoyo a la lactancia materna que cumplan con el paso 10 de la Iniciativa OMS/UNICEF, salvo algunos de iniciativa privada/comunitaria.

**Recomendaciones:**

-Capacitar a profesionales de la salud y madres monitoras comunitarias para que puedan ofrecer apoyo, servicio y consejería a las madres mediante la creación de grupos de apoyo y promoción de la lactancia materna, a través de conocimientos actualizados en lactancia materna y habilidades de escucha.

- Monitoreo de la presencia de la industria láctea y alimentaria en el área privada; capacitación al personal de salud sobre Código.

**Indicador 7: Apoyo Informativo**

*Pregunta clave: ¿Se están implementando estrategias integrales de Información, Educación y Comunicación (IEC) para mejorar la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (lactancia materna y alimentación complementaria)?*

**Antecedentes:**

Las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) son aspectos críticos de un programa exhaustivo para mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as). Los enfoques pueden incluir el uso de actividades electrónicas (TV, radio, video), impresas (afiches, tarjetas de consejería, rotafolios, manuales, periódicos, revistas), interpersonales (consejería, educación grupal, grupos de apoyo) y comunitarias para comunicar información importante, además de material de motivación para madres, familias y la comunidad.

Los cambios de conducta constituyen una estrategia importante y son utilizados a menudo en sesiones de consejería, visitas al hogar, discusiones grupales orientadas a la acción y obras dramáticas enfocadas en la resolución de problemas. Las estrategias IEC son exhaustivas en cuanto a que usan una gran variedad de medios y canales para transmitir mensajes concisos, coherentes, apropiados y orientados a la acción, para un público objetivo a nivel nacional, de servicios, comunitario y familiar.

## Directrices

¿Se están implementando prácticas integrales de estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) para mejorar la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (lactancia materna y alimentación complementaria)?

| Criterios   | Puntaje       |                  |    |
|---|---------------|------------------|----|
|   | Sí            | En cierta medida | No |
| 7.1) Existe una estrategia nacional de IEC para mejorar la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), que garantiza que la información y los materiales no contienen ninguna influencia comercial ni posibles conflictos de interés. | 2•            | 0                | 0  |
| 7.2a) Los sistemas nacionales de salud y nutrición incluyen orientación individual sobre alimentación de lactantes y niños pequeños   | 1•            | 0.5              | 0  |
| 7.2b) Los sistemas nacionales de salud y nutrición incluyen servicios de educación grupal y orientación sobre alimentación de lactantes y niños pequeños.   | 1             | 0.5•             | 0  |
| 7.3) Los materiales IEC sobre ALNP son objetivos y coherentes, están alineados con recomendaciones nacionales e internacionales e incluyen información sobre los riesgos de la alimentación artificial.                                       | 2             | 1•               | 0  |
| 7.4) Se están implementando programas locales de IEC (como la Semana Mundial de Lactancia) que incluyen la alimentación de lactantes y niños pequeños y carecen de influencia comercial   | 2             | 1•               | 0  |
| 7.5) Los Materiales /Mensajes de IEC incluyen información sobre los riesgos de la alimentación artificial de acuerdo con las Guías de preparación y manipulación de Formulas infantiles de OMS/FAO.   | 2•            | 0                | 0  |
| <b>Puntaje total:</b>   | <b>7.5/10</b> |                  |    |

### Fuentes de información usadas:

Entrevista a Macarena Silva (Programa Educativo Masivo, Chile Crece Contigo)

**Total de puntos para el indicador 7 en Chile: 5.5**

### Comentarios:

-Gran parte del material gestionado por el *Chile Crece Contigo* (el cual funciona desde el Ministerio de Desarrollo Social, no el Ministerio de Salud) es adecuado en sus contenidos. Sin embargo, no se encuentra disponible en todos los establecimientos de salud públicos, y

tampoco pueden acceder los profesionales del área privada, salvo vía internet, y el mecanismo de oferta de estos es difusa. Lo mismo ocurre con su plataforma en internet, que cuenta con material pero muchas usuarias no cuentan con acceso al mismo o no tienen alfabetización digital.

- Chile busca resultados para la disminución del rezago en la infancia y tiene como objetivo aumentar:

- La prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y su prolongación no exclusiva hasta los dos años de edad.

- El porcentaje anual de recuerdo en el público de mensajes sobre desarrollo infantil o de servicios asociados a los niños y niñas difundidos por medios de comunicación.

- El plan de comunicación social con contenidos de desarrollo infantil y servicios de salud disponibles a la infancia.

- Los planes comunales de Promoción de Salud), consideran actividades para la Promoción del Desarrollo Infantil, por SEREMI.

- El porcentaje de niños entre 0 y 5 años, cuyos madres, padres y/o cuidadores asisten a talleres *Nadie es Perfecto*.

- La Promoción de Lactancia Materna, la Consejería en lactancia y el ingreso de la diada, hasta el control de los 2 años (adelantándose a crisis transitorias de lactancia, incorporación de alimentación sólida y fórmula).

- En los últimos años la celebración de la SMLM ha sido celebrada a nivel local por parte de algunos Comités de Lactancia Materna regionales, pero no se cuenta con financiamiento adecuado ni un plan de acción nacional para la celebración de la misma.

-Existen organizaciones e iniciativas privadas y comunitarias que han celebrado la SMLM varios años a través de sus propios medios y a las comunidades que abarcan.

-Ha habido campañas de lactancia materna esporádicas por parte del Ministerio de Salud.

#### **Recomendaciones:**

-Aunar criterios de acción y contenidos mediante la Comisión Nacional de Lactancia Materna para las campañas de IEC y de celebración de la SMLM, mediante su transversalidad a Comités Regionales de LM y sumar a las entidades públicas/privadas que ofrecen servicios de apoyo e información a mujeres y lactantes.

-Contar con un financiamiento adecuado.

-Abogar por la continuidad de campañas de lactancia materna de promoción audiovisual e impresa, a nivel nacional.

- Es necesario desarrollar estrategias innovadoras de información y comunicación social, considerando las diferencias culturales, sociales, étnicas y geográficas de la población chilena; incorporando más activamente al padre y a la familia en el apoyo a la madre que amamanta.

#### **Indicador 8: Alimentación Infantil y VIH**

**Pregunta clave:** *¿Se cuenta con políticas y programas que garanticen que las madres VIH positivas reciban el apoyo necesario para llevar a cabo la práctica nacional recomendada de alimentación infantil?*



### **Antecedentes:**

La Estrategia Global para la ALNP destaca la importancia de la labor correcta de políticas y programas en esta área para lograr los objetivos. El Esquema Conceptual de la ONU sobre las acciones prioritarias en actividades sobre alimentación infantil y VIH enumera lo siguiente:

1. Diseñar o revisar (según proceda) una política nacional integral sobre la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as), que incluya VIH y alimentación infantil.
2. Implementar y hacer cumplir el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y posteriores resoluciones pertinentes de la AMS.
3. Intensificar los esfuerzos para proteger, promover y apoyar las prácticas de una adecuada alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) en general, en tanto se reconoce al VIH como una entre muchas circunstancias excepcionalmente difíciles.
4. Ofrecer apoyo adecuado a las mujeres VIH positivas para permitirles seleccionar la mejor opción alimentaria para ellas mismas y sus bebés, y llevar a la práctica sus decisiones sobre alimentación infantil.
5. Apoyar las investigaciones sobre VIH y alimentación infantil, incluyendo investigaciones operativas, de aprendizaje, monitoreo y evaluación a todo nivel, y difundir sus resultados.

El riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna presenta un difícil dilema tanto para las autoridades responsables de formular políticas, como para las madres y los(las) consejeros(as) en alimentación infantil. Ellos(as) deberán sopesar el riesgo de muerte por la alimentación artificial, con el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna. Estos riesgos dependen de la edad del(la) lactante y de las condiciones presentes en el hogar, y no se conocen con precisión. Otros factores deberán considerarse al mismo tiempo, como lo es el riesgo de la estigmatización (p. ej., si la madre no está amamantando, puede indicar su estatus de VIH); el costo financiero de la alimentación de reemplazo y el riesgo de volver a quedar embarazada. Las políticas y programas para enfrentar este desafío deben facilitar el acceso a la consejería y pruebas de VIH en forma voluntaria y confidencial (VCCT, por sus siglas en inglés) y, para madres VIH positivas, consejería y apoyo para el método de alimentación que eligió, como la lactancia materna exclusiva segura o la alimentación artificial exclusiva. Debe establecerse salvaguardas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna para el resto de la población.

### **Directrices**

*¿Hay políticas y programas establecidos que garanticen que las madres VIH positivas reciban información sobre los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de alimentación infantil y se les apoye en llevar a la práctica su decisión de alimentación infantil?*

| Criterios  | Puntaje |                  |    |
|--|---------|------------------|----|
|  | Sí      | En cierta medida | No |
| 8.1) El país cuenta con una política integral sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) que incluye alimentación infantil y VIH   | 2•      |                  | 0  |
| 8.2) La política sobre alimentación infantil y VIH da vigencia al Código Internacional /Legislación Nacional.  | 1       | 0.5              | 0• |
| 8.3) El personal en salud y los(las) trabajadores(as) comunitarios(as) reciben capacitación en políticas de VIH y alimentación infantil, los riesgos asociados con las diversas opciones para lactantes hijos(as) de madres VIH positivas y sobre cómo brindarles consejería y apoyo.                      | 1       | 0.5•             | 0  |
| 8.4) Se cuenta con pruebas y orientación sobre VIH (HTC), Provide Initiated HIV Testing and Counselling (PIHTC) y Orientación y Pruebas Voluntarias y Confidenciales (VCCT), y se ofrecen en forma rutinaria a las parejas que están pensando en un embarazo y a las mujeres embarazadas y sus compañeros. | 1       | 0.5•             | 0  |
| 8.5) Se brinda a madres VIH positivas consejería consecuentes con las recomendaciones internacionales actuales y adecuadas al contexto local.  | 1•      | 0.5              | 0  |
| 8.6) Se apoya a las madres para llevar a cabo las prácticas recomendadas de alimentación infantil, con orientación adicional y seguimiento para que la implementación de tales prácticas sea factible.   | 1•      | 0.5              | 0  |
| 8.7) Las madres VIH positivas que están amamantando y reciben apoyo mediante ARVs consecuentes con las recomendaciones nacionales, reciben seguimiento y apoyo adicional para garantizar que se mantengan los ARVs.  | 1       | 0.5              | 0• |
| 8.8) Se hacen esfuerzos especiales para contrarrestar la desinformación sobre VIH y alimentación infantil y para promover, proteger y apoyar 6 meses de lactancia materna exclusiva y lactancia materna prolongada en la población general.  | 1       | 0.5              | 0• |
| 8.9) Existe un monitoreo constante para determinar los resultados de las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH a través  | 1       | 0.5•             | 0  |

|  |               |  |  |
|--|---------------|--|--|
| de la lactancia materna en las prácticas de alimentación infantil y su impacto en la salud de las madres y lactantes, incluyendo aquellos (as) que son VIH negativos (as) o de estatus desconocido |               |  |  |
| <b>Puntaje total:</b>  | <b>5.5/10</b> |  |  |

**Fuentes de información usadas:**

Entrevistas a Paula Díaz (Matrona)

Reporte Vivo Positivo y Center for Reproductive Rights (2010)

Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis, Ministerio de Salud 2012

**Total de puntos para el indicador 8 en Chile: 5.5**

**Comentarios:**

- Las mujeres VIH+ en Chile no tienen opción de amamantar.
- No reciben consejería que les permita tomar una decisión libre e informada al respecto.
- El tema del VIH sigue siendo un tema difícil para la sociedad chilena y no hay información oficial actualizada y basada en la evidencia.
- Chile está un paso de eliminar la transmisión: El porcentaje de transmisión del virus en el país alcanza hoy al 2,4%.
- A partir de 2010 se realiza detección de VIH a todas las embarazadas como parte de los exámenes rutinarios. Si es positivo, se inicia tratamiento con antirretrovirales en el embarazo, se aumentan en el parto y continúa después para madre e hijo. Tras el parto, se inhibe la producción de leche para evitar el contagio por esa vía. Hay un protocolo de seguimiento para todos los hijos/as de madre con VIH, no importa si el niño/a dio o no positivo.
- Con las terapia antirretrovirales las mujeres con VIH se pueden embarazar. No hay restricción si está con la más indicada para ella. Se atienden en las unidades de alto riesgo, pero pueden tener un embarazo normal e incluso parto vaginal. La única restricción es la lactancia.
- Pese al examen de detección, habían mujeres que se infectaban estando embarazadas y llegaban al parto siendo positivas, por ello, la prueba se amplía a todas las mujeres. La atención de recién nacido/a expuesto/a a VIH: Alimentar con sucedáneo de leche, prohibiendo lactancia materna y por nodrizas.
- Todos/as los hijos/as de madre VIH (+) deberán continuar sus controles en forma ambulatoria con un médico pediatra capacitado en VIH/SIDA, hasta precisar su situación en relación a la infección por VIH. Este pediatra autorizará la entrega de sustitutos de la leche materna, indicará tratamientos profilácticos de infecciones oportunistas y evaluará la pertinencia del uso de tratamiento antiretroviral según el caso. Todo hijo de madre que

recibió terapia antiretroviral preventiva o para tratamiento de su propia patología, requiere seguimiento hasta la edad adulta, para pesquisar posibles efectos adversos, especialmente carcinogénesis (mínimo un control anual). Los casos de niños con infección VIH confirmada deben ser notificados al Ministerio de Salud.

- Los/as RN hijos de madres VIH (+) deben recibir leche maternizada exclusiva hasta los 5 meses, 29 días, y se debe proceder a la interrupción farmacológica de la lactancia en la madre. A partir de los 6 meses los lactantes deben ingresar al Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

### **Recomendaciones**

-Debe entregarse acceso a información y recomendaciones objetivas y actualizadas a las mujeres con respecto a la alimentación infantil y VIH (OMS/UNICEF/ONUSIDA), junto con consejería adecuada que permita a las mujeres tomar decisiones informadas.

- Hacer las modificaciones necesarias en política de alimentación infantil y VIH para alinearlas los protocolos mas recientes de atención y alimentación en caso de VIH.

### **Indicador 9: Alimentación Infantil durante Emergencias**

*Pregunta clave: ¿Hay establecidos políticas y programas apropiados que garanticen que las madres, lactantes y niños(as) recibirán protección y apoyo adecuados para una alimentación apropiada durante emergencias?*

#### **Antecedentes:**

Los(las) lactantes y niños(as) pequeños(as) se encuentran entre los grupos más vulnerables en emergencias. La interrupción de la lactancia materna y la inadecuada alimentación complementaria aumentan el riesgo de desnutrición, enfermedad y mortalidad. En situaciones de emergencia y auxilio, la responsabilidad de proteger, promover y apoyar las prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) y de minimizar las prácticas perjudiciales deben ser compartidas entre las instituciones del país afectado por la emergencia y las agencias de respuesta a la emergencia. La guía Operativa Concisa para asegurar la alimentación adecuada en situaciones de emergencia y cumplir así con las normas internacionales en emergencias, ha sido diseñada por el Grupo Central Interagencial para la Alimentación Infantil en Emergencias. Los detalles prácticos sobre cómo implementar la guía se incluyen en los materiales de capacitación complementarios, desarrollados también mediante la colaboración interagencial. Todos estos recursos están disponibles en [www.enonline.net](http://www.enonline.net).

## Directrices

*¿Hay políticas y programas establecidos para asegurar que madres, lactantes y niños(as) recibirán protección y apoyo adecuados para contar con alimentación apropiada durante las emergencias?*

| Criterios   | Puntaje |                  |    |
|---|---------|------------------|----|
|   | Sí      | En cierta medida | No |
| 9.1) El país cuenta con una política integral para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) que incluye la alimentación infantil en emergencias y contiene una lista con todos los elementos básicos incluidos en la Guía Operativa IFE.   | 2       | 1                | 0  |
| 9.2) Ya se ha(n) designado a la(s) persona(s) que tiene(n) a su cargo la responsabilidad de la coordinación nacional con la ONU, donantes, militares y ONG para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) en situaciones de emergencia.   | 2       | 1                | 0  |
| 9.3) Se ha diseñado un plan de apresto ante emergencias para desarrollar actividades que garanticen la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria adecuada, además de minimizar el riesgo por alimentación artificial. El plan se ha implementado en situaciones recientes de emergencia, y abarca lo siguiente:<br>a) intervenciones básicas y técnicas para crear un ambiente propicio para la lactancia materna, incluido el asesoramiento por consejer@s debidamente capacitad@s, el apoyo a la relactación y nodrizas, y los espacios protegidos para la lactancia materna.<br>b) medidas para minimizar los riesgos de la alimentación artificial, incluyendo una declaración aprobada en la evitación de las donaciones de Sucedáneos de Leche Materna, biberones y tetinas, y procedimientos estándar para el manejo de las donaciones no solicitadas, y gestión de las adquisiciones y el uso de cualquier fórmula infantil y sucedáneos de la leche materna, de conformidad con criterios estrictos, la Guía Operativa AIE, y el Código Internacional y las posteriores resoluciones pertinentes de la AMS | 2       | 1                | 0  |

|  |             |    |   |
|--|-------------|----|---|
| 9.4) Se han asignado recursos para la implementación del plan de preparación y respuesta a emergencias.  | 2           | 1• | 0 |
| 9.5) a) Orientación adecuada y material de formación del lactante y del niño pequeño en emergencias se han integrado en pre-servicio y la formación en el servicio para la gestión de emergencias y personal de atención de salud pertinentes.<br>b) Orientación y formación se está llevando a cabo de acuerdo con Plan Nacional de Emergencia y respuesta. | 2           | 1• | 0 |
| <b>Puntaje total:</b>  | <b>4/10</b> |    |   |

**Fuentes de información usadas:**

Cartilla emergencias, Chile Crece Contigo

2012, Orientaciones para la operación del Programa de Apoyo al Recién nacido/a, la realización de talleres educativos y entrega del Ajuar.

Manual de Lactancia Materna 2010.

Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia.

Apoyando a los niños y niñas frente a la emergencia, 2015.

**Total de puntos para el indicador 9 en Chile: 4**

**Comentarios:**

-Chile no cuenta con política o programa de alimentación infantil en situaciones de emergencia. Se han elaborado un material de apoyo llamado “alimentación para guaguas en situación de emergencia” elaboradas después del terremoto del 2010 y que se canalizan a través del programa del *Chile Crece Contigo* pero que no se encuentran alineadas con lo dispuesto en recomendaciones internacionales para emergencias y el Código. Por ejemplo, en los materiales que se difunde se solicitan donaciones de mamaderas.

-Si bien existe la recomendación de resguardar la lactancia materna dentro lo posible en emergencias, el material no contempla, según recomendaciones a las nodrizas, ni bancos de leche, formula infantil genérica ni la sustentabilidad de la misma.

**Recomendaciones:**

-Elaborar un componente para el manejo de la alimentación infantil en emergencias para el manejo adecuado de madres y bebés, el resguardo y atención especializada que requieren para proteger, apoyar y promocionar la lactancia materna.

-Que la ONEMI (Organismo Nacional de Emergencias), con la asesoría de la Comisión Nacional de Lactancia Materna, incorpore este material a un Plan Nacional de Alimentación Infantil en Situaciones de Emergencia.

## **Indicador 10: Sistema de Mecanismos de Monitoreo y Evaluación**

*Pregunta clave: ¿Existen sistemas de monitoreo y evaluación donde se recopilen, analicen y utilicen datos en forma rutinaria a fin de usarlos para mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)?*

### **Antecedentes:**

Los componentes de Monitoreo y Evaluación (M & E) deben incorporarse a las principales actividades del programa y recolección de datos sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) con relación a las prácticas de alimentación integradas a sistemas o estudios nacionales sobre vigilancia nutricional y monitoreo en salud. Los datos de monitoreo o sistema de manejo de la información deben recopilarse en forma sistemática y deben considerarse como parte del proceso de manejo y planificación por parte de los(las) directores(as) de programa. Cuando proceda, deberá recogerse datos, tanto de referencia como de seguimiento, para medir los resultados. Debe considerarse el uso de estrategias sobre indicadores<sup>5</sup> y recolección de datos internacionalmente acordadas, en un esfuerzo por aumentar la disponibilidad de datos comparativos. Es importante concebir estrategias que ayuden a asegurar que las personas clave en la toma de decisiones reciban los resultados importantes de las evaluaciones y se animen a usarlos.

### **Directrices**

*¿Se recogen en forma rutinaria datos de monitoreo y evaluación y se usan posteriormente para mejorar las prácticas de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as)?*

---

<sup>5</sup> Ver el informe de la OMS sobre los indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna, donde encontrará sugerencias sobre estrategias de indicadores y recolección de datos sobre lactancia materna. La OMS se encuentra en el proceso de considerar indicadores apropiados para medir las prácticas de alimentación complementarias.

| Criterios  | Puntaje              |                  |    |
|--|----------------------|------------------|----|
|  | Marcar cuando aplica |                  |    |
|  | Sí                   | En cierta medida | No |
| 10.1) Los componentes de monitoreo y evaluación están incorporados a las principales actividades del programa para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as).  | 2                    | 1                | 0• |
| 10.2) Los datos y la información de los avances alcanzados en la implementación del programa ALNP son usados por los directores del programa para guiar las decisiones de planificación e inversión.   | 2                    | 1•               | 0  |
| 10.3) Se recopilan datos sobre los avances hacia la implementación de las actividades del programa de ALNP periódicamente a nivel nacional y subnacional.  | 2                    | 1                | 0• |
| 10.4) Los datos y la información relacionada con el avance del programa de ALNP se reportan a personas encargadas de decisiones  | 2                    | 1•               | 0  |
| 10.5) El monitoreo de prácticas clave para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) ha sido incorporada a un sistema más amplio de vigilancia nutricional y/o monitoreo de la salud, o en encuestas nacionales periódicas en salud. | 2                    | 1                | 0• |
| <b>Puntaje total:</b>  | <b>2/10</b>          |                  |    |

**Fuentes de información usadas:**

**Entrevista a Cecilia Reyes y Graziana DeBozzo**

**Total de puntos para el indicador 10 en Chile: 2**

**Comentarios:**

-No existe programa para la alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) ni evaluación o monitoreo sistemático que permita instalar un monitoreo de prácticas clave para la alimentación. Se realizan monitoreos esporádicos cuyos resultados son de difícil acceso y no cumplen con tiempos determinados.

**Recomendaciones:**

-Incorporar componentes de monitoreo y evaluación de prácticas clave de alimentación para la implementación de vigilancia nutricional y/o monitoreo de la salud periódica.  
-Que los resultados se informen sistemáticamente a personas claves responsables de la toma de decisiones.



## Parte II: Prácticas de alimentación de lactantes y Niños(as) Pequeños(as)

### Indicador 11: Iniciación Temprana de la Lactancia Materna

*Pregunta Clave: ¿Porcentaje de bebés amamantados(as) dentro de la hora posterior a su nacimiento?*

#### Antecedentes

Muchas madres en el mundo dan a luz a sus bebés en su casa, especialmente en países en desarrollo y más aún en áreas rurales. La lactancia materna se inicia tardíamente en muchos de estos lugares por aspectos culturales u otras creencias. Conforme al “Paso” 3 de los *Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa* de las nuevas directrices de la Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez (IHAN), debe colocarse al (la) bebé “piel-con-piel” con su madre durante la primera media hora posterior al parto y ofrecerle el pecho dentro de la primera hora en todo parto normal. Si la madre ha sido sometida a una cesárea, debe ofrecérselo el pecho al(la) bebé cuando la madre esté en condiciones de responder y esto ocurre también dentro de unas pocas horas de la anestesia general. Aquellas madres a las que se les ha practicado una cesárea necesitan ayuda adicional pues de lo contrario podrían iniciar la lactancia materna mucho más tarde. De manera óptima, el(la) bebé debería comenzar a amamantarse antes de que se le realice cualquier procedimiento de rutina (como bañarlo(a), pesarlo(a), cuidado de su cordón umbilical, aplicación de medicamentos para los ojos). La lactancia materna temprana ayuda a mantener un mejor control de la temperatura del(la) recién nacido(a), fortalece la vinculación afectiva entre madre e hijo(a) y además aumenta la posibilidad de establecer la lactancia materna exclusiva temprana y el éxito de la misma. Evidencia emanada de un estudio comunitario grande refleja que la iniciación temprana es una de las principales intervenciones para prevenir la mortalidad neonatal.

#### Directriz:

| Indicador 11   | Clave de Puntuación de la OMS | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi |                     |              |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------|--------------|
|  |                               | Puntaje                              | Código por Color    | Calificación |
| Iniciación de la Lactancia Materna (en el lapso de 1 hora) | 0.1-29%                       | 3                                    | Rojo – no hay datos | D            |
|  | 29.1-49%                      | 6                                    | Amarillo            | C            |
|  | 49.1-89%                      | 9                                    | Azul                | B            |
|  | 89.1-100%                     | 10                                   | Verde               | A            |

**Datos no disponibles en Chile al momento de realizar el WBTi (ver pg 6)**

**Total de puntos para el indicador: 3 rojo D**

**Fuentes:**

<http://www.indexmundi.com/facts/chile/indicator/SH.STA.BFED.ZS>

Data source: World Bank, World Development Indicators - Last updated June 30, 2016

Estado Mundial de la Infancia 2015, UNICEF.

**Recomendaciones:**

- Hacer la abogacía necesaria para que se incorporen estos indicadores a las encuestas nacionales y así poder contar con estos datos clave para la toma de decisiones.
- Incorporar esta información al “Cuaderno de Salud de Niñas y Niños.
- En la actualidad en Chile no existe una cifra nacional de bebés amamantados/as dentro de la primera hora de vida. En las prestaciones del Programa Chile Crece Contigo existe la acción de “Favorecer el primer contacto físico piel a piel y afectivo entre la madre, padre e hijo/ hija, hasta 30 minutos después del parto” y el indicador “% de recién nacidos (RN) con contacto piel a piel (apego precoz) mayor a 30 minutos”. Sin embargo no existe como indicador específico el amamantamiento dentro de la primera hora de vida en los formularios y registros del sector público ni privado. La cifra que hasta el momento existe de apego precoz en el sector público alcanza un 70% (<http://chccsalud.cl/indicadores/resultados/34>).
- Este indicador no existe en el sector privado. Las últimas encuestas también muestran una directa relación entre el tipo de parto y la duración de la lactancia, siendo la cesárea de un 43%.
- Impulsar el cumplimiento de la Ley Nacional de Protección de la Primera Infancia “Chile Crece Contigo”, especialmente en el punto sobre apego precoz para recoger un % que refleje una estadística nacional (sectores público y privado).
- Incorporar en los formularios de atención al nacimiento el indicador de porcentaje de bebés amamantados(as) dentro de la primera media hora posterior a su nacimiento.

- Impulsar medidas para reducir la cifra de cesáreas a nivel nacional que por ende reflejarán mayores porcentajes de bebés amamantados durante la primera media hora después del parto y una lactancia materna de mayor duración.
- Asegurar el alojamiento conjunto, el contacto piel con piel y evitar que las madres sean separadas de sus bebés.
- Realizar campañas de promoción nacional acerca de la importancia del Apego Precoz y Alojamiento Conjunto.

### **Indicador 12: Lactancia Materna Exclusiva Durante los Primeros Seis Meses**

*Pregunta Clave: ¿Porcentaje de bebés de 0<6 meses de edad exclusivamente amamantados(as) en las últimas 24 horas<sup>6</sup>?*

#### **Antecedentes**

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses es sumamente crucial para la supervivencia, crecimiento y desarrollo de lactantes y niños(as) pequeños(as). Disminuye el riesgo de enfermedad, especialmente de enfermedades diarreicas. Además, prolonga la amenorrea de la lactancia en madres que amamantan con frecuencia. La OMS comisionó una revisión sistemática de literatura científica publicada sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva y en marzo de 2001, los resultados se sometieron a revisión técnica y examen detallado durante una Consulta con Expertos. Esta Consulta con Expertos recomendó un cambio a “lactancia materna exclusiva durante 6 meses” en lugar de las recomendaciones anteriores de 4 meses. En mayo de 2001, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó formalmente esta recomendación a través de la resolución 54.2 /2001. En el 2002, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó otra resolución 55.25 que adoptó la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as). Más adelante, la Junta Ejecutiva de UNICEF también adoptó esta resolución y la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) en septiembre de 2002, alcanzando un consenso único en esta recomendación de la salud. Además, en áreas con alta frecuencia de VIH, hay evidencia de que la lactancia materna exclusiva resulta ser más protectora que la “alimentación mixta” por el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna. Nuevos análisis publicados en Lancet apuntan con claridad al rol de la lactancia materna exclusiva por los primeros seis meses como esencial para la supervivencia y desarrollo infantil.

#### **Directriz:**

---

<sup>6</sup> Lactancia materna exclusiva significa que el(la) lactante ha recibido sólo leche materna (de su madre o de una nodriza, o de leche materna extraída) y ningún otro líquido o sólido con la excepción de gotas o jarabes que consisten en suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos (2)

| Indicador 12   | Clave de Puntuación de la OMS | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi |                  |               |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|------------------|---------------|
|  |                               | Puntaje                              | Código por Color | Clasificación |
| Lactancia Materna Exclusiva (durante los primeros 6 meses) | 0.1-11%                       | 3                                    | Rojo             | D             |
|  | 11.1-49%                      | 6                                    | Amarillo         | C             |
|  | 49.1-89%                      | 9                                    | Azul – 56.3%     | B             |
|  | 89.1-100%                     | 10                                   | Verde            | A             |

**Total de puntos para el indicador: 9 puntos – rojo - B**

**Fuente de Datos (incluyendo el año):**

Fuente DEIS MINSAL año 2013

INFORME TÉCNICO - ENCUESTA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA -(ENALMA). CHILE 2013, Ministerio de Salud - Subsecretaría de Salud Pública.

Estado Mundial de la Infancia 2015, UNICEF.

Datos OECD 2015.

**Comentarios:**

- Los esfuerzos realizados por aumentar las cifras de LME en los últimos 20 años han generado cambios significativos. En 1993 la LME alcanzaba apenas un 16%, hoy con la implementación del Programa Chile Crece Contigo y la Ley de Postnatal de seis meses esta cifra alcanza un 56.3%.

- La "Ley de postnatal de 6 meses" permitió a las madres trabajadoras formales (y eventualmente los padres), ampliar el tiempo para acompañar a sus recién nacidos/as hasta los 5 meses y medio. Uno de los argumentos a favor de esta Ley, fue la evidencia indiscutible que reporta los beneficios de la extensión de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, en la salud del niño/a y la madre, a corto, mediano y largo plazo.

- La incidencia de la cesárea en la lactancia efectiva, ha sido documentada en varios estudios de los cuales podemos extraer que en partos por cesáreas, las madres generan cantidades menores de oxitocina y prolactina, lo que retrasa la subida de la leche, presentando un riesgo 3 veces mayor de abandonar la lactancia en el primer mes (Olza, Ibone).

- Así mismo, administración de suplementos alimenticios durante las primeras horas de vida del lactante que es muy común cuando hay una cesárea, también genera dificultades en el establecimiento de la lactancia, ya que en muchos centros hospitalarios se separa al recién nacido/a de la madre por varias horas.

**Recomendaciones:**

- Incorporar a las políticas y programas medidas para lograr una mayor tasa de lactancia materna exclusiva, en todos los sectores de la sociedad, acompañada de un estricto respeto al Código Internacional y a los lineamientos para una alimentación complementaria

adecuada, con alimentos naturales y caseros nutritivos, y la lactancia materna continuada hasta los dos años o más.

- Motivar e informar acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses para mejorar la salud general de la población.
- Impulsar la implementación y la capacitación de las prácticas amigas de la madre y el niño/a.

### Indicador 13: Duración Media de la Lactancia Materna

*Pregunta Clave: ¿Los(las) bebés son amamantados(as) por una duración media de cuántos meses?*

#### Antecedentes

La “Declaración Innocenti” y la Estrategia Global para la Alimentación de Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) recomienda que los(las) bebés sigan siendo amamantados(as) hasta los dos años o más, junto con el inicio de alimentos complementarios adecuados y apropiados después de los seis meses. La leche materna sigue siendo una fuente importante de nutrición y líquidos, además de protección inmunológica para el(la) lactante y niño(a) pequeño(a). La proximidad continua entre madre e hijo(a) que proporciona la lactancia materna ayuda al desarrollo óptimo del(la) lactante y niño(a) pequeño(a).

#### Directriz:

| Indicador 13                           | Clave de Puntuación de la OMS | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi |                     |               |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------|---------------|
|  |                               | Puntaje                              | Color               | Clasificación |
| Duración Media de la Lactancia Materna | 0.1-18 Meses                  | 3                                    | Rojo – no hay datos | D             |
|  | 18.1-20 ”                     | 6                                    | Amarillo            | C             |
|  | 20.1-22 ”                     | 9                                    | Azul                | B             |
|  | 22.1-24 o mas                 | 10                                   | Verde               | A             |

**Datos no disponibles en Chile al momento de realizar el WBTi (ver pg 6)**

**Total de puntos para el indicador: 3 – rojo – D**

#### Comentarios:

- Es de vital importancia conocer la duración mediana para enfrentar eficazmente las condiciones que la determinan.
- La cifra actual de LME 56.3% abre curso a la incorporación de indicadores para poder conocer más en detalle la duración de la lactancia y así hacer las intervenciones necesarias que permitan aumentar cifras y alcanzar metas mundiales.

**Recomendaciones:**

- Es urgente incorporar la duración mediana de la lactancia materna en las encuestas nacionales.
- Recalcar la importancia del inicio de la alimentación complementaria oportuna, adecuada con alimentos locales a los 6 meses de edad, como lo recomienda la estrategia mundial, mientras se continúa la lactancia por dos años o más
  - Realizar campañas publicitarias donde se destaque la importancia de la lactancia continuada y los riesgos de iniciar una alimentación complementaria precoz.
- Conocer en más detalle, vía por ejemplo encuesta, las dificultades que enfrentan las madres que vuelven al trabajo para continuar con la lactancia materna.
- Solicitar a las autoridades correspondientes para hacer cumplir las leyes de protección a la maternidad en la que se contempla el permiso de lactancia en sus distintas modalidades para así favorecer la continuidad de la lactancia materna.
- Hacer la abogacía necesaria para que se incorporen estos indicadores a las encuestas nacionales y así poder contar con estos datos. Incorporar esta información al “Cuaderno de Salud de Niñas y Niños.

**Indicador 14: Alimentación con Biberón**

*Pregunta Clave: ¿Qué porcentaje de bebés amamantados(as) menores de 6 meses reciben otros alimentos o bebidas en biberón?*

**Antecedentes**

Los(las) bebés deben ser amamantados(as) en forma exclusiva durante sus primeros 6 meses de edad y no necesitan recibir ningún otro líquido, ni fórmulas de leche fresca o enlatadas, ya que ello les causaría un mayor daño y reemplazaría a la preciada leche materna. Asimismo, después de los seis meses los(las) bebés idealmente deben recibir leche materna más alimentos complementarios. Si un(a) bebé no pudiera recibir la leche materna del pecho de su madre, debe dársele en una tacita. (Si no pudiera tragar, se le debe dar la leche materna por medio de un tubo de alimentación.) Después de los seis meses, cualquier líquido se le debe suministrar en tacita en vez de biberón. Los biberones con pezones artificiales y pacificadores (tetinas o chupetes) pueden causar ‘confusión de pezón’ y por tanto el rechazo del(la) lactante al pecho luego de su uso. Es más difícil mantener limpios los biberones que las tazas y la ingesta de patógenos puede ocasionar enfermedades y hasta la muerte. Los pacificadores también pueden contaminarse con facilidad y causar enfermedades.

**Directriz:**

| Indicador 14                        | Clave de Puntuación de la OMS | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi |                     |               |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------|---------------|
| Alimentación con Biberón (<6 meses) |                               | Puntaje                              | Código por Color    | Clasificación |
|                                     | 29.1-100%                     | 3                                    | Rojo – No hay datos | D             |
|                                     | 4.1-29%                       | 6                                    | Amarillo            | C             |
|                                     | 2.1-4%                        | 9                                    | Azul                | B             |
|                                     | 0.1-2%                        | 10                                   | Verde               | A             |

**Datos no disponibles en Chile al momento de realizar el WBTi**

**Total puntaje del indicador: 3 – rojo - D**

**Comentarios:**

- En Chile el uso de mamaderas está fuertemente arraigada como en muchos otros países de la región, pero no existen indicadores para medir su uso.

**Recomendaciones:**

- Incluir este indicador en las encuestas nacionales.
- Implementar la guías de la OMS para garantizar la seguridad a la hora de preparar sucedáneos de la leche materna.
- Implementar capacitación a todo el personal de salud con respecto a los peligros y riesgos de la alimentación con mamadera en ámbitos públicos y privados que incluye uso del vaso, taza y cucharilla al personal de salud, como formas alternativas al uso de la mamadera.
- Realizar campañas educativas para las madres, cuidadores, familias, comunidades acerca de los peligros y riesgos de la alimentación con mamadera y los beneficios del uso del vaso, taza o cucharilla.
- Incorporar esta información al “Cuaderno de Salud de Niñas y Niños.

**Indicador 15: Alimentación Complementaria**

*Pregunta Clave: ¿Porcentaje de bebés amamantados(as) que reciben alimentos complementarios a los 6-9 meses de edad?*

**Antecedentes**

En vista de que los(las) bebés crecen constantemente y necesitan nutrición adicional junto con la lactancia materna continua, después de cumplir los 6 meses se les debe iniciar la alimentación complementaria con alimentos autóctonos disponibles localmente, que sean

accesibles y sostenibles. Se les debe ofrecer alimentos blandos o en puré en pequeñas cantidades, de 3 a 5 veces al día. La alimentación complementaria debe incrementarse gradualmente en cantidad y frecuencia conforme crezca el(la) bebé. La lactancia materna, a petición, debe continuarse hasta los dos años o más. La alimentación complementaria también es importante desde el punto de vista de la atención, el(la) cuidador(a) debe interactuar constantemente con el(la) bebé y tomar las debidas medidas de higiene para mantenerlo(a) seguro(a).

El indicador propuesto aquí mide solo si los alimentos complementarios se dan oportunamente después de los 6 meses junto con la lactancia materna. La alimentación complementaria también debe ser adecuada, segura y suministrada en forma correcta, pero no se incluyen los indicadores para estos criterios porque los datos sobre estos aspectos de la alimentación complementaria aún no están disponibles en muchos países. Resulta útil conocer oportunamente la edad promedio en que se dan los alimentos complementarios, qué porcentaje de bebés no están siendo amamantados(as) de los 6-9 meses y también cuántos(as) bebés no amamantados(as) reciben oportunamente alimentos de reemplazo. Estas cifras pueden ayudar a determinar si es importante promover la prolongación de la lactancia materna y/o la incorporación más temprana o más tardía de los alimentos complementarios. Debe tomarse nota de esta información, si estuviese disponible, pero no recibe puntuación. También es posible generar más información como adicional y ayudar a orientar mejor los programas locales.

**Directriz:**

| Indicador 15                            | Clave de Puntuación de la OMS | Directriz de IBFAN Asia para la WBTi |                     |               |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------|---------------|
|   |                               | Puntaje                              | Código por Color    | Clasificación |
| Alimentación Complementaria (6-9 meses) | 0.1-59%                       | 3                                    | Rojo – No hay datos | D             |
|   | 59.1-79%                      | 6                                    | Amarillo            | C             |
|   | 79.1-94%                      | 9                                    | Azul                | B             |
|   | 94.1-100%                     | 10                                   | Verde               | A             |
|   |                               |                                      |                     |               |

**Datos no disponibles en Chile al momento de realizar el WBTi**

**Puntaje para este indicador: 3 – rojo – D**

**Fuente de Datos (incluyendo la fecha):**

**Comentarios:**

- Cada día hay un mayor porcentaje de niños y niñas que reciben oportunamente la introducción de nuevos alimentos. Sin embargo no existe información sobre el tipo de alimentación que se introduce en este periodo para complementar la leche materna.
- Las empresas de alimentos infantiles están priorizando el incrementar sus mercados con fórmulas de seguimientos, de crecimientos y otras, y con productos para la alimentación complementaria que según la OMS no son necesarios. Por ello, es vital incluir este indicador



en las encuestas, y dar el seguimiento correspondiente con políticas y programas adecuados.

**Recomendaciones:**

- Incluir este indicador en las encuestas nacionales.
- Destacar la importancia del inicio de la alimentación complementaria oportuna, adecuada con alimentos naturales caseros a los 6 meses de edad, como lo recomienda la OMS, mientras se continúa la lactancia por dos años o más.
- Realizar campañas publicitarias donde se destaque la importancia de la lactancia continuada y los riesgos de iniciar una alimentación complementaria precoz.
- Insistir en el consumo de alimentos naturales y caseros, bien preparados e higiénicamente manipulados.
- Educar sobre la necesidad de agua potable y la responsabilidad del estado de garantizarla a todas las personas.
- Insistir en el peligro del consumo de comida chatarra, bebidas y comidas azucaradas y saladas.
- Incorporar esta información al “Cuaderno de Salud de Niñas y Niños.

*- Nos pareció importante añadir a este informe el ANEXO 1. Sobre la distribución de fórmulas infantiles para contribuir a un debate necesario.*

**Resumen de los resultados para Chile**

## **Resumen Parte I: Políticas y Programas de ALNP**

| <b>Objetivos:</b>                                  | <b>Puntaje (De 10)</b> |
|--|------------------------|
| 1. Política, Programa y Coordinación Nacional      | 4                      |
| 2. Iniciativa de Hospitales Amigables con la Niñez | 0.5                    |
| 3. Implementación del Código Internacional         | 3                      |
| 4. Protección de la Maternidad                     | 9                      |
| 5. Atención en Salud y Nutrición                   | 5                      |
| 6. Asistencia Social Comunitaria                   | 4                      |
| 7. Apoyo Informativo                               | 7.5                    |
| 8. Alimentación Infantil y VIH                     | 5.5                    |
| 9. Alimentación Infantil durante Emergencias       | 4                      |
| 10. Monitoreo y Evaluación                         | 2                      |
| <b>Puntaje Parte II (Total)</b>                    | <b>44.5</b>            |

**Directriz:**

**Directrices de IBFAN Asia para la WBTi**

El puntaje total de las políticas y programas sobre alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as) (indicadores 1-10) se calculan sobre 100.

| Puntajes  | Código por Color | Calificación |
|-----------|------------------|--------------|
| 0 – 30.9  | Rojo             | D            |
| 31 – 60.9 | Amarillo 41.5    | C            |
| 61 – 90.9 | Azul             | B            |
| 91 – 100  | Verde            | A            |

## Resumen Parte II: Prácticas de Alimentación para Lactantes y Niños(as) Pequeños(as) (ALNP)

| Práctica de la ALNP   | Resultado | Puntaje  |
|---|-----------|----------|
| Indicador 11 Comienzo de la lactancia materna (Iniciación)            | N/D       | 0        |
| Indicador 12 Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses | 44,5 %    | 9        |
| Indicador 13 Duración media de la lactancia materna                   | N/D       | 0        |
| Indicador 14 Alimentación con biberón                                 | N/D       | 0        |
| Indicador 15 Alimentación complementaria                              | N/D       | 0        |
| <b>Puntaje Parte I (Total)</b>  |           | <b>9</b> |

| Puntajes (Total) Parte I | Código por color | Calificación |
|--------------------------|------------------|--------------|
| 0 - 15                   | Rojo – 9         | D            |
| 16 - 30                  | Amarillo         | C            |
| 31 - 45                  | Azul             | B            |
| 46 – 50                  | Verde            | A            |

### Total de Parte I y Parte II (indicador 1-15): Políticas y Programas, Prácticas de ALNP.

El puntaje total de las **prácticas** de alimentación de lactantes y niños(as) pequeños(as); y las **políticas y programas (indicadores 1-15)** se calculan sobre 150. Los países luego reciben una calificación como sigue:

| Puntajes   | Código por Color | Calificación |
|------------|------------------|--------------|
| 0 – 45.5   | Rojo             | D            |
| 46 – 90.5  | Amarillo 53.5    | C            |
| 91 – 135.5 | Azul             | B            |
| 136 - 150  | Verde            | A            |

## **Total de Parte I y Parte II (indicador 1-15) en Chile: 50 puntos**

### **Conclusiones y recomendaciones finales**

**IMPORTANTE - Chile está mucho mejor de lo que indica el puntaje total del WBTi ya que al no contar con datos para 4 indicadores clave (el 10, 13, 14 y 15), la puntuación ha bajado considerablemente. Pero la realidad muestra un avance distinto y considerable.**

La CONALMA ha hecho seguimiento y evaluación de la lactancia materna a nivel país. Actualmente se está en discusiones sobre varios puntos que se mencionan en este reporte como por ejemplo: IHAN - Hospitales Amigos del Niño, la Niña y la Madre, el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna, así como la reciente publicada ENALMA (Encuesta Nacional de Lactancia Materna) en la cual se hacen avances para detectar las fortalezas, así como las áreas en las que hay que trabajar para mejorar prácticas alimenticias en la población.

Se recomienda ampliar el registro de los datos de la ENALMA para que abarque al país entero y poder así reflejar cifras más precisas que ayuden al desarrollo de estrategias de intervención en la alimentación del lactante, del niño/a pequeño/a y de la madre. Muchos de los indicadores que aún se requieren pueden incorporarse a los formularios y/o registros del bebé y de la familia. Esta información podrá ser recopilada, analizada y discutida para consolidar líneas de acción a nivel nacional.

Los desafíos del sector Salud están relacionados con fortalecer las competencias de los equipos de salud y la acreditación de hospitales, centros de salud y salas cunas como amigas de la lactancia materna.

Este período es determinante” para el desarrollo del ser humano, sobre todo en un tema que es fundamental para lograr mayor equidad. En la medida que los niños y niñas tienen mayor acceso a una mejor alimentación y a poder estar con sus madres, van a tener mejores niveles de inteligencia, mejor protección, y eso los va a dejar en una mejor posición para tener oportunidad durante el resto de su vida. Y eso es un logro de la equidad.

Las autoridades coincidieron en que el desafío país más importante tiene que ver con la valorización social de la lactancia materna como una estrategia de salud pública que constituye un eje estratégico del desarrollo de los niños y niñas, y por lo tanto del país en su conjunto.

La Secretaria de Estado planteó que para consolidar estos logros, es necesario continuar haciendo esfuerzos -desde diversas esferas- para respaldar a las madres en este proceso. La lactancia materna prolongada es un ingrediente clave que contribuye a la forma en que un niño o niña comienza a experimentar su vida y Chile debe seguir haciendo esfuerzos que contribuyan a asegurar que todo niño y niña, sin distinción, cuente con las condiciones que les permitan el máximo desarrollo de sus potencialidades y capacidades, en un marco de respeto y garantía de sus derechos fundamentales.

Siendo el 99,8 de los partos en instituciones de salud, se debe procurar su prolongación al menos hasta los 6 meses del nacimiento siendo una línea estratégica de salud pública.

*“Resulta importante revisar las recomendaciones que se están realizando en el tema de la lactancia, de relevar los beneficios de la lactancia materna en sucedáneos, de la prohibición de publicidad de las fórmulas infantiles, de la eliminación de las muestras médicas para las fórmulas lácteas antes de los 6 meses del lactante, y promover como una medida de salud pública costo efectiva la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses con todos sus beneficios asociados”* (INFORME TÉCNICO Ministerio de Salud - ENCUESTA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA -(ENALMA). CHILE 2013).

## ANEXO 1

<http://ciperchile.cl/2016/07/14/cuida-el-ministerio-de-salud-de-chile-la-lactancia-materna/>

### ¿Cuida el Ministerio de Salud de Chile la lactancia materna?

Por : Cecilia Castillo y Leslie Power L en Opinión - Publicado: 14.07.2016

*Un proyecto del Ministerio de Salud entregará en consultorios fórmulas sustitutas a la leche materna para niños de hasta 6 meses que enfrenten distintas situaciones que impiden el amamantamiento. Sin embargo, también abarcará a aquellas madres con sensación de insuficiencia de leche y a aquellas que simplemente opten por alimentar a sus hijos con fórmulas. Las autoras de esta columna cuestionan la política gubernamental y se preguntan si está realmente haciendo la tarea de promover la lactancia materna y sus documentados beneficios.*

Quedan pocas cosas gratis en la vida, el aire, el amor y la lactancia materna. Queremos hablar de esta última. Sin embargo, el objetivo de esta columna de opinión no es volver a escribir sobre los [documentados beneficios de la leche materna para el niño y de su madre](#). El objetivo de este texto es tratar de encontrar respuestas del porqué la máxima autoridad sanitaria del país, el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), arriesga toda una historia de esfuerzo técnico en la promoción de lactancia materna, desarrollando a contar de este año un programa de entrega de fórmulas de inicio a niños menores de 6 meses, escasamente evaluado, que transgrede incluso acuerdos internacionales de protección y fomento de la lactancia materna suscritos por Chile.

La historia reciente de la lactancia parte en los años 70, cuando a nivel mundial grupos de la sociedad civil quedan impactados por [la desnutrición y muerte secundarias al uso de fórmulas donadas a algunos países](#), cuyas madres destetan a sus hijos empujadas por el concepto errado acerca de la superioridad de la leche envasada. La presión de estos grupos concluye con un acuerdo en el año 1981, en la Asamblea Mundial de la Salud de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), [que aprueba el Código de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna](#) (Resolución 34.22), suscrito por todos los países, Chile incluido, y cuyo objetivo es proteger y frenar la agresiva comercialización, marketing, así como la entrega gratuita de fórmulas, mamaderas y chupetes que entorpecían y siguen entorpeciendo el amamantamiento.

En Chile, a fines de la década de los 80, solo 5% de las madres amamantaba a sus hijos en forma exclusiva a los seis meses, por lo cual las autoridades de esa época desarrollan una completa estrategia, junto a otras organizaciones públicas y privadas, para fortalecer la práctica de la lactancia

materna como una estrategia de salud, bienestar y desarrollo. Este enorme esfuerzo culminó en el año 2011 con la tan anhelada Ley del Post-Natal por seis meses (Ley 20.545), pero que resultó en la práctica en 5 meses y medio, que fue empujada y liderada por un grupo de mujeres de la sociedad civil, Movimiento Post-Natal y otras organizaciones sociales.

Hace una semana nos enteramos por profesionales de la atención primaria de que el Ministerio de Salud desarrollaría un proyecto de entrega de fórmulas en consultorios a niños entre 0-6 meses para situaciones especiales (madres con VIH, cáncer y otras situaciones de salud que impidieran el amamantamiento), decisión que parece muy adecuada. Pero el proyecto también alcanzaría a “madres con hipogalactia”, es decir, una sensación de insuficiencia en la cantidad de leche secretada y que en una proporción importante de casos se asocia a inseguridad, desconocimiento, falta de apoyo o mala técnica de amamantamiento (ver [Proyecto Incorporación FI PNAC](#)).

También se entregaría a mujeres que optaran por alimentación por fórmula, solamente firmando un consentimiento informado. Esto último llama la atención. ¿Para qué la mujer debe consentir? ¿Qué pasa si se entera de que la mejor leche para su hijo es la que ella da y que nadie en el consultorio le informó adecuadamente antes de proporcionarle la leche de tarro?

Según describe el proyecto, esta entrega iría acompañada de un aumento de la capacitación técnica del personal en lactancia, sin embargo, ésta ha sido limitada y escueta. Reconociendo que en algunos pocos casos se puede necesitar de una fórmula especial en un inicio, todos sabemos que la promoción y apoyo de la lactancia se hace muy difícil cuando se dispone de forma rápida y fácil de varios tarros. De hecho, países que han entregado fórmulas han suspendido esta medida no solo por el costo que incrementa año a año, sino por la disminución de la lactancia.

Empezamos a revisar como se había desarrollado este proyecto y de ahí surgen numerosas dudas. El día 12 de noviembre de 2014 la Central Nacional de Abastecimiento adjudica a la empresa Danone la compra de 6,4 toneladas mensuales de la fórmula de inicio Nutrilon por diez meses, por un valor de \$ 466.099.200 (ver [Orden de compra Nutrilon](#))

El día 17 de diciembre del mismo año el MINSAL firma contrato con la Corporación para el Apoyo de Investigación Científico Nutricional, una corporación ligada al Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile, por \$150 millones (ver [Orden compra Minsal-INTA](#)) para el desarrollo de un proyecto que evaluara el impacto en la nutrición y crecimiento de lactantes a partir de los 4 meses clasificados en tres grupos (ver [Bases Proyecto INTA](#)). El primer grupo recibiría solo lactancia, el segundo lactancia y leche Purita Fortificada y el tercer grupo lactancia y fórmula de inicio (300 niños total).

No hemos encontrado el informe final publicado en el sitio web del INTA ni del MINSAL. Si sabemos que solo dos grupos recibirían fórmulas (200 niños) durante diez meses y que la cantidad teórica de fórmula necesaria para cada niño sería de 4 kilos mensuales, quiere decir que se necesitarían 800 kilos/mes y como el proyecto duraría 10 meses se necesitarían 8000 kilos, es decir, 8 toneladas.

¿Por qué entonces el MINSAL compró 64,4 toneladas? ¿Se equivocó en comprar? ¿Cómo se puede equivocar cuando debe pasar sucesivas revisiones y firmas? ¿Por qué el MINSAL comenzó un proyecto a nivel de consultorios, sin informe final, y recién este año cuando las fórmulas se licitaron el año 2014? ¿Por qué se ha presionado a los equipos de atención primaria de los Servicios de Salud Metropolitano Occidente y Araucanía para entregar fórmulas ya no solo a los menores de seis meses sino ahora hasta el año de edad? ¿Les sobró fórmula de inicio y no encuentran qué hacer con ella? ¿Por qué cuando no existe ni capacitación adecuada, ni suficientes recursos humanos, ni insumos que apoyen la lactancia se gasta cerca de US\$ 1 millón en este proyecto? ¿Por qué el MINSAL pretende

instaurar un programa nacional de entrega de fórmulas cuando no se ha evaluado en forma adecuada y pública el impacto que éste tiene en la lactancia? ¿Por qué no considerar otras alternativas de entrega que responda más bien a casos individuales que a una política masiva? ¿Por qué este programa cuando las cifras muestran que sobre 50% de los niños tienen lactancia materna exclusiva a los 6 meses?

En resumen, ¿Por qué esa tremenda inversión para la excepción de la regla en vez de apoyar la lactancia manteniendo y mejorando las metas salud?

En un momento del país, donde la confianza y el respeto a las instituciones se ha perdido porque hay una permanente percepción de abuso, solicitamos a las autoridades transparencia y fundamento en sus decisiones, especialmente cuando estas afectan la lactancia y con ello, la salud de las mujeres y de los niños, una estrategia de intervención y desarrollo con enormes beneficios presentes y futuros en la salud física y vincular de los niños y sus madres.