



ARTÍCULO ORIGINAL

Indicadores de Lactancia Materna obtenidos en el momento de la vacunación en cuatro Centros de Salud Familiar de la zona Sur de Santiago



Mario Boris Glisser^a, Tatiana del Carmen Barragán^a y Gerardo Weisstaub^{b,*}

^a Facultad de Medicina, Sede Sur, Universidad de Chile, Santiago, Chile

^b INTA, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 24 de abril de 2015; aceptado el 1 de julio de 2015

Disponible en Internet el 21 de octubre de 2015

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna;
Indicadores de lactancia materna;
Atención primaria;
Centros de Salud Familiar, Cesfam

Resumen

Objetivos: Comparar datos oficiales de lactancia materna (LM) con los obtenidos por entrevistas realizadas en vacunaciones regulares.

Sujetos y método: Se realizó un estudio descriptivo, con muestreo por conveniencia, en el que se entrevistó a los tutores de los niños que asistieron a vacunarse en 4 Centros de Salud Familiar (Cesfam) del sur de Santiago. Se calcularon la prevalencia de los indicadores de LM y se estratificaron por edad y escolaridad de las madres. Comparamos los resultados con los informados en los REM de cada Cesfam utilizando Chi cuadrado ($p < 0,05$).

Resultados: Analizamos 1.990 casos; la prevalencia de LME fue 43,4%, 34,2% y 8,8% a los 2, 4 y 6 meses respectivamente. La prevalencia de LME, informada por los REM, al sexto mes (41%) es significativamente mayor ($p < 0,001$). Las madres con escolaridad inferior a 12 años tienen una prevalencia menor de la LME al 4.º mes que las de mayor escolaridad (28,4% vs 37,8% respectivamente, $p < 0,05$).

Conclusiones: Las prevalencias de LME obtenidas en el momento de la vacunación son llamativamente menores a las estadísticas oficiales. Estas diferencias podrían deberse a que este estudio incluye población que no asiste habitualmente a control sano y a que la información de los REM es obtenida por el mismo profesional responsable de la promoción de la LM, lo que podría distorsionar las respuestas. Nuevos estudios son necesarios para mejorar la metodología utilizada para evaluar los indicadores de LM.

© 2015 Sociedad Chilena de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gweiss@inta.uchile.cl (G. Weisstaub).

KEYWORDS

Breastfeeding;
Breastfeeding
indicators;
Primary health care;
Primary Care
Centres, Cesfam

Breastfeeding indicators produced at time of vaccination in four Primary Care Centres in southern Santiago, Chile

Abstract

Objectives: To compare official breastfeeding (BF) data with those obtained by interviews conducted during regular vaccination visits.

Subjects and method: A pilot descriptive study with convenience sampling was conducted by interviewing guardians of children attending vaccination in four Primary Care Centres in south Santiago. BF prevalence indicators were calculated and stratified by age and education of mothers. A comparison was made between the results and the official ones reported by each Centre. Chi-squared (χ^2) was calculated to evaluate differences ($P < .05$)

Results: A total of 1990 cases were analysed, in which exclusive BF prevalence was 43.4%, 34.2% and 8.8%, at 2, 4, and 6 months, respectively. At the sixth month, official data (41%) was significantly higher ($P < .001$). Mothers with less than 12 years of schooling have a lower prevalence of exclusive BF at the 4th month than those with higher education (28.4% vs 37.8%, respectively, $P < .05$).

Conclusions: Even considering the small size of the sample studied, exclusive BF prevalence obtained is surprisingly lower than official reported data. That difference might be explained by: a) children brought to vaccinations are roughly two fold the number brought to well-child clinics and, b) potential bias in official data obtained by staff in charge of promotion and education on BF practices, which could distort the results. Further studies are needed to improve the methodology for collecting and analysis BF data.

© 2015 Sociedad Chilena de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los beneficios de la lactancia materna (LM) para madres y lactantes están demostrados y universalmente aceptados¹⁻³. Entre las décadas de 1940 a 1960 la prevalencia de LM disminuyó en países desarrollados y latinoamericanos por múltiples factores⁴, situación que se revierte sostenidamente desde los años 80^{5,6}.

Entre las dificultades para conocer la real prevalencia de LM está la utilización insuficiente de parámetros que permitan su vigilancia epidemiológica. Desde la década de los 90 existe consenso respecto a definiciones de LM exclusiva (LME), predominante, complementada y continuada⁷. Unicef publica anualmente la prevalencia de la LM temprana, exclusiva en menores de 6 meses y continuada a los 2 años⁸.

En Chile se recogen regularmente datos sobre LME en el control sano en los Centros de Salud Familiar (Cesfam) al mes, a los 3 y 6 meses de vida y sobre lactancia continuada a los 12 meses⁹. Adicionalmente otros datos se obtienen de encuestas nacionales de salud^{5,6}. Según información oficial disponible, en Chile la LME al 6.º mes, que constituye la meta sanitaria, habría alcanzado en los últimos años el 56%¹⁰. Después de varios años en que no aparecieron datos nacionales, en el informe de UNICEF, Situación Mundial de la Infancia (2014), la prevalencia de la LME en Chile en menores de 6 meses fue del 63%⁸.

En nuestra opinión, la información obtenida sobre LM durante el control sano tiene limitaciones: menor cobertura comparada con el programa de vacunación, falta de información sobre LM después del año de edad y el sesgo potencial que implica que el profesional que recoge el dato sea evaluado por la efectividad de su promoción. Llama la

atención la alta prevalencia de LME al 6.º mes a la que hacen referencia los datos oficiales, considerando que en nuestra práctica en atención primaria es muy frecuente que las madres refieran administrar otros líquidos desde edades más tempranas.

Varios países han utilizado instancias de vacunación para evaluar indicadores de LM. En Brasil es habitual que durante las campañas de vacunación se evalúe la prevalencia de LM¹¹⁻¹³. En Arabia Saudí, Túnez e Italia también se utilizaron los contactos por vacunación con el mismo objetivo¹⁴⁻¹⁶. En EE. UU. se han obtenido mediante consulta telefónica a partir de una muestra del registro nacional de vacunación¹⁷⁻¹⁹. En Chile no existen estudios que hayan comparado la prevalencia de los indicadores de LM obtenidos durante la instancia de vacunación con los datos oficiales.

Nuestro objetivo fue analizar, en 4 Cesfam del área sur de Santiago, la prevalencia de LM durante las actividades regulares de vacunación y compararlas con resúmenes estadísticos mensuales (REM). Pretendemos que analizar estos datos pueda mejorar la evaluación e implementación de políticas públicas relacionadas con la LM.

Sujetos y método

Se encuestó en la sala de vacunación de 4 Cesfam del sur de Santiago: 3 de la comuna de Lo Espejo (A, B y C) y uno de La Cisterna (D). Es importante destacar que, de acuerdo al índice de prioridad social de la población, Lo Espejo ocupa el primer lugar, mientras que La Cisterna se encuentra en el grupo de las comunas con media/baja prioridad²⁰.

Fueron entrevistadas las madres o cuidadoras de los lactantes asistentes a las inmunizaciones programadas desde

2 a 18 meses de edad. Se incluyeron en el estudio, de modo consecutivo, lactantes atendidos entre octubre de 2011 y marzo de 2012 hasta completar 500 lactantes en cada Cesfam. Las encuestas fueron realizadas por el personal de vacunación y se aplicaron a todos los niños vacunados, independientemente de la edad, y fueron recogidas semanalmente por el investigador principal. Dado el carácter exploratorio del estudio no se calculó el tamaño muestral.

Se registraron, de manera dicotómica, los siguientes datos sobre la alimentación *del día anterior*: ingesta de LM, fórmula láctea, agua, jugos, otros líquidos y alimentos sólidos; edad y sexo del niño; edad y escolaridad maternas. Las edades de los lactantes fueron registradas en meses completos y los análisis realizados para cada grupo etario por separado (2, 4, 6, 12-15 y 18-20 meses), incluyendo a los lactantes de 3 y 5 meses en el grupo de 4 meses.

Se consideraron las siguientes categorías de alimentación⁷: *LM exclusiva (LME)* cuando el lactante recibe solo leche materna; *LM predominante* cuando la leche materna se tiene como única fuente láctea más cualquier otro líquido (agua, jugo, té de hierbas); *LM mixta* cuando se combina la LM más fórmula láctea, con o sin otros líquidos, pero sin sólidos; *LM complementada* cuando se combina la LM más alimentos no lácteos, sólidos o semisólidos y agua o jugos, sin fórmula; *Lactancia mixta complementada* cuando se combina leche materna más fórmula láctea y alimentos sólidos; *sin LM* y con fórmula láctea, con o sin otros alimentos; *LM continua al año de vida* cuando el consumo de leche materna se prolonga en lactantes de 12-15 meses; y *LM continua a los 2 años* cuando el consumo de LM continúa en lactantes de 18-20 meses; el rango etario definido internacionalmente (20-23 meses) fue modificado considerando la edad en que los lactantes son

vacunados. La asignación de cada lactante a los diferentes tipos de alimentación fue realizada por los investigadores al inicio del análisis de las encuestas.

Los lactantes con más de un registro fueron incluidos sucesivamente según su edad en cada vacunación, en cambio las madres repetidas fueron consideradas solo una vez al analizar su edad y nivel de escolaridad. Luego de transcribir los registros a una base de datos Excel, se calcularon las prevalencias de los indicadores de LM y se compararon los resultados obtenidos con los datos del REM de controles de niño sano de cada centro. Se compararon los datos de REM en lactantes de 1 mes con los encuestados a los 2 meses de edad, los de 3 meses en el REM con los de 4 meses en la encuesta; las edades de 6 y 12 meses coinciden entre los 2 registros.

Además se categorizó la edad de las madres (<20 años y 20 años o más) y su nivel educativo (<12 años y 12 años o más). Se dispuso igualmente de los REM de vacunaciones realizadas en cada Cesfam. Durante el análisis se utilizó también StatView. Para comparación de datos se usó el test de Chi cuadrado, considerando significativa una $p < 0,05$.

Resultados

Se encuestaron 2.047 lactantes y, después excluir a los que estaban fuera del rango etario definido, se analizaron 1.990. En la [tabla 1](#) se observa que la proporción de niños de cada rango etario es similar en los diferentes Cesfam, y que la prevalencia de madres adolescentes es significativamente mayor en los centros de atención de Lo Espejo (A, B y C) que en el de La Cisterna ($p = 0,009$). Igualmente, se verifica que el nivel educativo de madres, evaluado por el

Tabla 1 Características generales de la muestra

CESFAM	A	B	C	D	Total
<i>Lactantes</i>					
N.º	491	512	498	489	1990
<i>Edad (%)</i>					
2 m	23	22,7	20,3	22,1	22
4 m	22,6	20,7	21,7	23,3	22,1
6 m	16,9	18,6	19,9	15,7	17,8
12-15 m	18,5	19,1	21,1	19,8	19,6
18-20 m	18,9	18,9	17,1	19	18,5
<i>Madres</i>					
N.º ^a	483	416	454	335	1688
<i>Edad (años)</i>					
< 20 años (%) [*]	26,1 ± 6,7	25,0 ± 6,3	25,9 ± 6,3	27,6 ± 6,6	26,1 ± 6,5
	18,4	21,8	13,6	7,7	15,8
<i>Educación materna (%)</i>					
Primaria incompleta	7	3,1	7,2	3,3	5,4
Primaria completa	10,8	8,9	8,5	8,1	9,2
Media incompleta	23,8	21,2	26,9	12,3	21,6
Media completa	51,3	55,3	45,6	52,1	51
Superior (≥ 12 años) ^{**}	7	11,5	12,1	24,1	12,9

^a N.º de madres inferior a los lactantes por eliminación de repetidas.

^{*} $p < 0,001$ D vs. A y B.

^{**} $p < 0,001$ D vs resto.

Tabla 2 Frecuencia de los indicadores de lactancia materna en el 1.^{er} semestre (%)

Edad(meses)	Sujetos (n)	LME	LM pred	Mixta	LM + sol	Mix + sol	Sin LM
2	438	43,3	18,4	26,2	0	1	11,1
4	439	34,2	19,1	23,2	1,4	1,8	20,3
6	354	8,8	13,3	8,2	19,5	23,7	26,5

LM: lactancia materna.

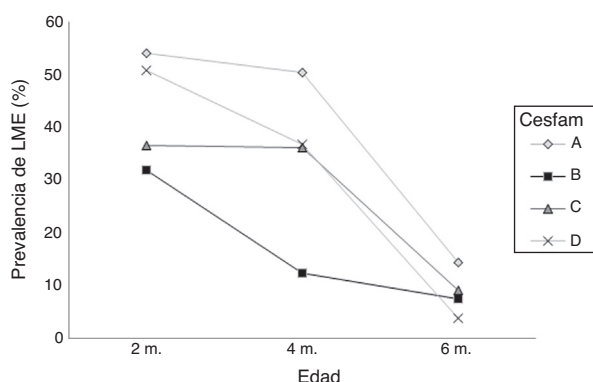


Figura 1 Prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en 2 a 6 meses según Cesfam. A los 2 meses: las prevalencias en los Cesfam A y D son mayores que en B y C ($p < 0,05$). A los 4 meses: la prevalencia en el Cesfam B es significativamente menor que en el resto ($p < 0,05$).

porcentaje con más de 12 años de escolaridad, es significativamente superior en el Cesfam de La Cisterna ($p < 0,0001$).

La **tabla 2** muestra los indicadores de LME durante el 1.^{er} semestre para el conjunto de los Cesfam. Observamos una prevalencia de LME de 43,4% a los 2 meses de edad, que se reduce rápidamente hasta llegar a 8,8% a los 6 meses. No recibe LM un 11,2% a los 2 meses y un 26,6% a los 6 meses.

La **figura 1** muestra las prevalencias de LME en cada centro estudiado. Observamos que los Cesfam B y C presentan cifras significativamente menores a los 2 meses de edad. A los 4 meses el Cesfam A mantiene una mayor prevalencia de LME ($p < 0,001$) A los 6 meses se ha producido una caída marcada en todos los Cesfam, persistiendo una diferencia significativa solo entre A y D ($p = 0,02$).

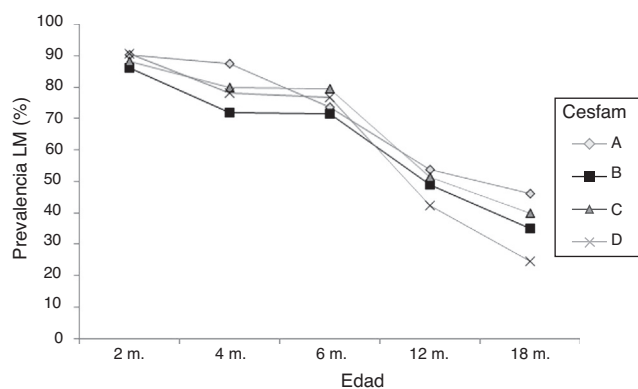


Figura 2 Evaluación de la prevalencia lactancia materna (LM) entre los 2 a 18 meses según Cesfam.

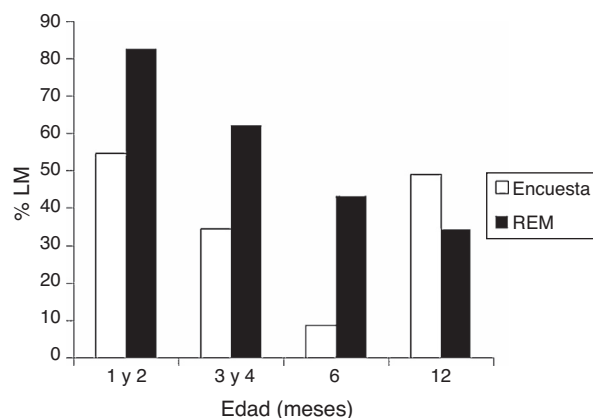


Figura 3 Prevalencia de lactancia en el total de las muestras, comparación entre resultados de las encuestas y REM. Los valores de 1 y 3 meses corresponden a resúmenes estadísticos mensuales (REM), los de 2 a 4 meses a encuesta; a los 6 y 12 meses se aplican las 2 fuentes.

La **figura 2** muestra prevalencias de LM general, de 2 a 18-20 meses separados por Cesfam. A los 6 y 12 meses el 75% y 48% de los niños reciben LM, manteniéndose en el 36% al año y medio de edad. Es de destacar que al año el 14,6% recibía LM como única fuente láctea.

Cuando analizamos LME según la edad materna, encontramos que a los 2 meses de vida las madres de 25-29 años presentaron mayor prevalencia que las menores de 20 años ($p = 0,007$).

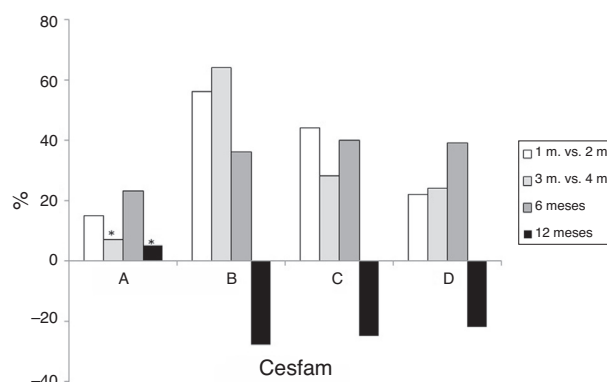


Figura 4 Brechas entre las prevalencias de la lactancia materna (LM) referidas en los resúmenes estadísticos mensuales (REM) 2011 y las encontradas en la encuesta.

*NS a los 4 y 12 meses Cesfam A; todas las demás brechas, entre las prevalencias de LM encontradas y las referidas por los REM de cada Cesfam fueron significativas ($p < 0,001$).

Tabla 3 Lactancia materna exclusiva según escolaridad de la madre (n.º y %)

Esc. madre	Edad niño		
	2 m	4 m	6 m
11 años o menor	80 (48,5)	44 (22)*	15 (12,1)
12 años o mayor	110 (40,4)	106 (37)*	19 (8,4)
Total LME	190 (45)	150 (34)	34 (9,7)
Total encuesta	437	435	349

LME: lactancia materna exclusiva.

Diez cuidadoras no contestaron esta pregunta.

* $p < 0,001$ Chi cuadrado.

En la [tabla 3](#), al analizar la prevalencia de LME de acuerdo a la escolaridad materna, encontramos una disminución acelerada hacia los 4 meses en madres con menor escolaridad ($p = 0,0001$).

La [figura 3](#) muestra la prevalencia de LM, exclusiva hasta los 6 meses y general a los 12, comparando los datos del estudio con los REM, considerando el total de la muestra. Respecto a LME es de destacar que nuestros resultados son llamativamente inferiores a los REM a los 2, 4 y 6 meses. Al año de vida nuestros datos de LM general son superiores a la información oficial de los consultorios.

La [figura 4](#) muestra las brechas entre los REM de cada Cesfam (a la edad de 1, 3, 6 y 12 meses) y los datos recogidos

Tabla 4 Prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en países seleccionados

Año	Origen	N.º	Edad (meses)	Metodología	Prevalencia LME al 6.º mes (%)
1993 ⁶	Chile	9.321	< 19	Servicio de salud	16
2002 ²⁰	Santiago Sur Chile	490	< 12	Alimentación del día anterior Servicio de salud, control sano, nutrición y vacunación	50
2002 ⁶	Chile	10.596	< 19	Alimentación del día anterior Servicio de salud	43,1
2013 ¹⁰	Chile	9.604	6-23	Alimentación del día anterior Servicio de Salud	56,3
1998 ¹¹	F. Santana, Bahía Brasil	3.898	< 24	Control sano Campaña de vacunación	14,6
2007 ²¹	26 ciudades capitales Brasil	10.778	1, 4, 6	Alimentación del día anterior Campaña vacunación	2,8 a 16,9
2008 ²²	Sao Paulo Brasil	1.424	1 a 6	Alimentación del día anterior Muestreo por conglomerados Campaña vacunación	13,3
2012 ³⁷	México	4.097	0 a 23	Alimentación del día anterior Muestreo por conglomerados	14,4 ^a
2003 ¹⁸	EE. UU.	896	19 a 35	Muestra representativa de Encuesta nacional de salud	7,9
2005 ¹⁷	EE. UU.	3.500	19 a 35	Encuesta telefónica	13,3
2007 ³³	EE. UU.	25.673	6 a 59	Registro nacional de vacunación	16,8
2005 ²⁵	Canadá	5.615	5 a 14	Encuesta telefónica	13,8
2009 ²⁴	Australia	4.679	2	Muestra representativa de mujeres > 15 años	59 ^b
2005 ¹⁴	Ryad Arabia Saudita	578	6	Cohorte representativa nacional	1,7
2008 ¹⁶	Monastir Túnez	354	6	Vacunación regular	1,9
2010 ³⁶	Tanzania	3.111	0 a 23	Servicio de salud	22,9
2014 ²⁶	Mirzapur Upazilla Bangladesh (rural)	121	0 a 6	Muestra representativa de encuesta nacional de salud	36 ^a
2015 ²⁸	Tigray, Etiopía	530	0 a 6	Muestra aleatoria de registro poblacional	70,2 ^a
				Alimentación del día anterior	

^a Prevalencia en menores de 6 meses.^b LM exclusiva y predominante.

en este trabajo (a los 2, 4, 6 y 12 meses): en el Cesfam A las diferencias son menores que en el resto, siendo significativas al 2.º y 6.º mes ($p=0,008$ y $0,0001$). En el B las diferencias son las más acentuadas, con cifras REM muy elevadas en el caso de LME y muy inferiores en LM continuada a los 12 meses ($p < 0,0001$). Los Cesfam C y D muestran brechas moderadas hasta el 4.º mes, que se amplían a los 6 meses, cuando los datos de la encuesta son significativamente menores a los del REM ($p < 0,0001$) y a los 12 meses cuando la diferencia se invierte, pero se mantiene muy significativa ($p=0,001$).

Discusión

En nuestro estudio encontramos un 43,4% de LME en lactantes de 2 meses y 8,8% en los de 6 meses, valores muy inferiores a los informados a través de los REM y en estudios nacionales^{5,6,9,10,21}. Las diferencias entre las prevalencias encontradas en nuestro trabajo y las informadas en los REM podrían deberse al tamaño muestral y a que nuestro estudio incluye población que no asiste habitualmente a control sano, por lo tanto, menos permeada por las acciones educativas. Durante el año 2011 el número de lactantes que asistieron a control sano en los Cesfam evaluados fue inferior al de los vacunados, representando entre el 44% y el 86%⁹. Otro elemento que podría explicar estas diferencias es que la persona responsable de recabar la información que conforma el REM es la que está encargada de la promoción de la LM, lo que podría generar un sesgo en la respuesta de la madre que no desee contradecir las indicaciones recibidas en consultas anteriores.

Comparando los datos de nuestro trabajo con la información disponible, nos llama la atención que estos se aproximan a los de países con igual o mayor desarrollo que Chile (Brasil, España, Arabia Saudita, Australia, EE. UU., Italia, Canadá)^{22-26,19}, mientras que los datos oficiales chilenos son similares a los encontrados en áreas rurales de países con menor grado de desarrollo que el nuestro (Etiopía, Bangladesh, Haití)²⁷⁻²⁹ (tabla 4). Cabe resaltar que la metodología utilizada en los diferentes trabajos es muy heterogénea en algunos aspectos importantes: representatividad de la muestra, rango de edad de los niños en el momento de la encuesta, periodo de alimentación sobre el que se pregunta, definiciones de los indicadores utilizados. Por ejemplo, en algunos casos se suma la prevalencia de LME con la LMP²⁵, en otros el período encuestado varía entre uno y 7 días previos a la encuesta²⁸. En Chile la encuesta nacional más reciente sobre LME al 6.º mes incluyó madres cuyos niños tenían hasta 23 meses¹⁰, por lo que sus resultados pueden estar influenciados por sesgo de memoria.

Otro factor que podría explicar las brechas entre nuestros resultados y otros estudios nacionales deriva de inconsistencias en la utilización de los indicadores de LME. Este problema ha sido analizado desde hace tiempo a nivel internacional por otros autores que destacan la necesidad de estandarizar los indicadores^{19,30}. En una de las tablas del informe nacional sobre LM, publicado en el año 2005, se refiere como LM predominante la suma de esta con la LME⁶. El manual de lactancia materna publicado en 2010 por el MINSAL no incluye las definiciones de los indicadores, ni los cita en su bibliografía³¹. La norma técnica del programa infantil publicada en el 2014 define como LM predominante

el caso de un lactante que recibe entre 50% al 90% de su alimentación como leche materna y el resto como fórmula láctea³², lo que no coincide con la definición internacionalmente consensuada⁷.

Nuestro estudio también muestra cómo la educación materna influencia la prevalencia de LM. Las madres con menor educación tuvieron una caída más rápida de la prevalencia de LME entre el 2.º y el 4.º mes (48% al 22%) que aquellas con mejor educación (40% al 37%). Nuestros resultados van en la misma dirección que los encontrados por Jones et al., que analizan luego de examinar los factores asociados a la duración de la LM en una muestra representativa de niños menores de 5 meses de EE. UU. ($n=25.197$), en la que encontraron que el 81% los niños cuyas madres tenían educación universitaria tomaron alguna vez leche materna vs el 66% de las que no habían completado la educación media³³.

Nos parece importante resaltar que la diferenciación entre las modalidades de LM no es menor, existe abundante evidencia que respalda el mayor efecto protector de la LM sobre la salud infantil cuando es exclusiva³⁴ y que este parece disminuir si es predominante³⁵.

Por último, los datos de nuestro trabajo muestran la necesidad de evaluar la forma en la que se está recolectando a nivel local los datos referidos a la LM. Creemos que es importante estimular el análisis descentralizado de los datos recolectados en el nivel primario para enriquecer su monitorización y unificar las definiciones de los indicadores utilizados. Podría ser necesario estudiar la incorporación al sistema de registro nacional de vacunación datos de LM. Nuevos estudios son necesarios para afinar las metodologías empleadas para evaluar la prevalencia de las diferentes modalidades de LM.

Conflicto de intereses

Este trabajo cumple con los requisitos sobre consentimiento/asentimiento informado, comité de ética, financiación, estudios animales y sobre la ausencia de conflicto de intereses según corresponda.

Referencias

1. Atalah E, Castillo C. Crecimiento del menor de un año con lactancia exclusiva con relación a la referencia OMS 1994. Arch Latinoam Nutr. 1997;47:29-33.
2. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. Función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS; 1989.
3. Declaración de Innocenti sobre Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna, 1 de Ago de 1990, Florencia, Italia.
4. Mardones SF. Marco histórico para el análisis de las causas del descenso de la lactancia materna. Rev Chil Pediatr. 1982;56:607-14.
5. Ministerio de Salud, Comisión nacional de lactancia materna. Encuesta nacional de lactancia 1996. Ord. 4C/315 Ene de 1998. Subsecretaría de salud, Santiago; 1998.
6. Ministerio de Salud, Comisión nacional de lactancia materna. Efectividad del programa de lactancia 2005.
7. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS, UNICEF, USAID, UC Davis, AED, IFPRI; 2009.
8. The state of the world's children. UNICEF; 2012.

9. Manuales series REM 2014-2016. Departamento de estadísticas e información en salud. Chile: Ministerio de Salud; 2014.
10. Informe técnico. Encuesta nacional de lactancia materna en la atención primaria (ENALMA). Chile: Ministerio de Salud; 2013.
11. Viera GO, Glisser M, Araujo S, Sales A. Indicadores do aleitamento materno na cidade de Feira de Santana, Bahia. *J Pediatr (Rio J)*. 1998;74:11-6.
12. Passanha A, Benício MH, Venâncio SI, Reis MC. Implementation of the Brazilian Breastfeeding Network and prevalence of exclusive breastfeeding. *Rev Saude Publica*. 2013;47:1141-7.
13. Do Nascimento MB, Reis MA, Franco SC, Issler H, Ferraro AA, Grisi SJ. Exclusive breastfeeding in southern Brazil: Prevalence and associated factors. *Breastfeed Med*. 2010;5:79-85.
14. Al-Hreashy FA, Tamim HM, Al-Baz N, et al. Pattern of breastfeeding practice during first 6 month of life in Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2008;29:427-31.
15. Sbarbati MM, Mattei A, Scacciafratte P, et al. Survey on the prevalence, duration and exclusivity of breastfeeding in the province of Rieti, Italy. *Ann Ig*. 2013;24:317-27.
16. Bouanene I, El Mhamdi S, Sriha A, Bouslah A, Soltani M. Knowledge and practices of women in Monastir, Tunisia regarding breastfeeding. *East Mediterr Health J*. 2010;16:879-85.
17. Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn L. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: The 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics*. 2005;115:e31-7.
18. Li R, Zhao Z, Mokdad A, Barker L, Grummer-Strawn L. Prevalence of breastfeeding in the United States: The 2001 National Immunization Survey. *Pediatrics*. 2003;111 5 Pt 2:1198-201.
19. Lauer JA, Betrán AP, Victora CG, de Onís M, Barros AJ. Breastfeeding patterns and exposure to suboptimal breastfeeding among children in developing countries: Review and analysis of nationally representative surveys. *BMC Med*. 2004;2:26.
20. Región metropolitana de Santiago, Índice de prioridad social de comunas. Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social Región Metropolitana de Santiago; 2014.
21. Ilabaca J, Atalah E. Tendencia de la lactancia materna en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. *Rev Chil Pediatr*. 2002;73:127-34.
22. Sena M, da Silva E, Pereira M. Prevalencia do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53:520-4.
23. Sadeck L, Leone C. Evaluación de la situación de la lactancia materna en menores de un año de edad en el Municipio de São Paulo, Brasil, en 2008. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro)*. 2013;29:397-402.
24. Raventós Á, Crespo Á, Villa S. Prevalencia de la lactancia materna en el Área Básica de Salud Sant Feliu-2 (Barcelona). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8:409-20.
25. Baxter J, Cooklin A, Smith J. Which mothers wean their babies prematurely from full breastfeeding? An Australian cohort study. *Acta Paediatrica*. 2009;98:1274-7.
26. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: A national survey. *BMC Pediatr*. 2010;10:20.
27. Joshi P, Angdembe M, Das S, Shahnawaz A, Abu Faruque A, Tahmeed A. Prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in rural Bangladesh: A cross-sectional study. *Int Breastfeed J*. 2014;9:7.
28. Latterra A, Ayoya MA, Beaulière JM, Bienfait M, Pachón H. Infant and young child feeding in four departments in Haiti: Mixed-method study on prevalence of recommended practices and related attitudes, beliefs, and other determinants. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36:306-13.
29. Bahre T, Huruy A, Kiday H. Prevalence and determinant factors of exclusive breastfeeding practices among mothers in Enderta woreda, Tigray, North Ethiopia: A cross-sectional study. *Int Breastfeed J*. 2015;10:2.
30. Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. US national breastfeeding monitoring and surveillance: Current status and recommendations. *J Hum Lact*. 2009;25:139-50.
31. Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Chile Crece Contigo: Ministerio de Salud; 2010.
32. Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Programa Nacional de Salud de la Infancia; 2014.
33. Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn L. Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. *Pediatrics*. 2011;128:1117-25.
34. Li R, Dee D, Li CM, Hoffman HJ, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding and risk of infections at 6 years. *Pediatrics*. 2014;134 Suppl 1:S13-20.
35. Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*. 2011;13 11 Suppl 3:S15.
36. Victor R, Baines SK, Agho KE, Dibley MJ. Determinants of breastfeeding indicators among children less than 24 months of age in Tanzania: A secondary analysis of the 2010 Tanzania Demographic and Health Survey. *BMJ Open*. 2013;3.
37. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JÁ. Infant feeding practices and deterioration of breastfeeding in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2013;55 Suppl 2:S170-9.