

Sobre la distribución gubernamental de alimentos para infantes en Chile

George Kent, Cecilia Castillo

El gobierno chileno planea dar inicio a un programa de distribución de fórmulas para lactantes, lo cual ha generado distintas preguntas y posturas, que serán discutidas después de una breve introducción al tema y a su contexto.

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

La amplia distribución de productos lácteos para infantes por medio de canales gubernamentales puede ser rastreada hasta una iniciativa en Francia en 1900. Desde entonces esta práctica ha sido adoptada por varios países (Memoria Chilena, 2016). El programa chileno “Gota de Leche” arrancó en San Bernardo en 1911 y rápidamente se extendió a otras regiones del país.

El PNAC, establecido en 1987, sería mejor descrito como un programa de alimentación suplementaria, puesto que está dirigido a paliar dietas que pudieran ser deficientes. En otros contextos, son considerados alimentos complementarios aquéllos dirigidos a reforzar la nutrición de lactantes alrededor de los seis meses.

El programa toma en cuenta las necesidades nutricionales de los niños por debajo de los seis años de edad y las de sus madres. El servicio se divide en varias categorías:

George Kent. Profesor Emérito de la Universidad de Hawái, Profesor Asociado al Departamento de Paz y Conflictos, Universidad de Sydney, Australia, y al Departamento de Transformaciones Sociales, Universidad de Saybrook en California, EUA.
Correo-e kent@hawaii.edu

Cecilia Castillo. Pediatra. Maestría y Doctorado en Nutrición Humana, Consejera para el Frente por un Chile Saludable. Correo-e: dracastillo@gmail.com

PNAC Básico, para madres y bebés sanos. La Purita Fortificada puede obtenerse para niños de hasta 18 meses edad.

PNAC Refuerzo, para bebés mal nutridos o en riesgo de desnutrición.

PNAC Prematuros, a bebés nacidos prematuramente se les administra una fórmula especial diseñada para ellos o con bajo peso al nacer.

PNAC de Enfermedades Especiales, para bebés con condiciones de salud especiales. En esta categoría algunos de los beneficios pueden continuarse hasta los 18 años.

PNAC Básico es el que se aplica al mayor número de niños, proporciona una variedad de productos lácteos, tanto para los bebés como para sus madres, bajo varios lineamientos. Tanto la composición de los alimentos proporcionados, como las reglas de suministro, han variado a lo largo del tiempo con base en nuevos elementos que surgen de la comprensión de las necesidades nutricionales.

A los bebés se les proporciona Puritana Fortificada, un producto lácteo en polvo con 26% de grasa fortificada con vitamina C, hierro y cobre; este producto reemplazó a la leche de vaca pura sin aditivos que se distribuía antes de 1998 (Rama de Nutrición, 1999). Viene en un paquete de 1 kg, el Ministerio de Salud ocasionalmente lo describe como un tipo de fórmula, puesto que agregan ingredientes a la leche de vaca, pero no está diseñado bajo los estándares internacionales de la fórmula infantil (Codex Alimentarius Commission, 2007).

El PNAC aconseja a las madres que alimentan con Purita Fortificada a sus hijos menores de un año,

diluyéndola y añadiéndole aceite vegetal y azúcar, preferentemente malodextrina; estos aditivos no son provistos por el programa, deben ser adquiridos por las madres.

Las cantidades del producto a los que las familias tienen derecho se basan en sus hábitos alimenticios; las mujeres en **lactancia materna exclusiva** no tienen acceso al producto durante los primeros seis meses. A nivel internacional la lactancia exclusiva se entiende como una práctica sin el uso de ninguna fórmula o, incluso, sin agua adicional, pero para los propósitos de este programa “exclusivo” se refiere a que el 90% de la alimentación consista en leche del pecho.

Las mujeres en **lactancia materna predominante** reciben 1 kg por mes durante los primeros dos y, posteriormente, 2 kg mensuales hasta el quinto mes, posteriormente, no se les da más producto. Estas mujeres son aquéllas que alimentan a sus bebés con leche de pecho entre 50 y 90% del tiempo.

A las que alimentan a sus bebés **predominantemente** con **fórmula** se les proporcionan 2 kgs durante los primeros dos meses, 3 kgs del tercero al quinto, y nada más. Adicionalmente, reciben 3 kg de sopa crema en polvo durante el quinto mes.

Aquéllas que alimentan a sus bebés con **fórmula exclusivamente** reciben 2 kg durante los primeros dos meses y 3 del tercero al onceavo, posteriormente reciben 2 kg del 12° al 71°, es decir, hasta el quinto aniversario del hijo. También reciben 1 kg de sopa en polvo durante el quinto mes y 2 kg del 6° al 71° (Ministerio de Salud 2011, 10-11).

Estos arreglos están cambiando debido a una nueva iniciativa para reemplazar al menos parte de la Purita Fortificada con *fórmula de inicio* (Ministerio de Salud 2016a, 2016b, 2016c 2016d). El documento de planeación sintetiza el conocimiento actual sobre la importancia de la lactancia materna para salud, tanto del bebé como de la madre, y hace un llamado al apoyo decidido a ésta ante posibles dificultades. A mediados de 2016 estudios piloto sobre la distribución de fórmula de inicio se encuentran en desarrollo;

dicha fórmula está diseñada sólo para los primeros pocos meses de la vida, no queda claro que reemplazaría a la Purita Fortificada en la medida en que los niños crecen y la fórmula de inicio ya no es adecuada.

El plan identifica un número de condiciones en relación a la madre y a su bebé que los harían elegibles para recibir fórmula gratuitamente del PNAC. Si estas condiciones no se cumplen se tiene la posibilidad de recibir la fórmula pero únicamente si la madre firma de consentimiento informado y asiste a las sesiones de apoyo a la lactancia materna.

Análisis crítico del plan

El Proyecto de Incorporación de Fórmula de Inicio en el PNAC (Ministerio de Salud 2016a) reconoce que en términos de su impacto sobre la salud infantil la purita fortificada es inferior a otras fórmulas ofertadas por los grandes fabricantes. No obstante, ambas tienden a desplazar la lactancia natural; nuestra preocupación central es que la nueva fórmula y su programa de distribución pueda realizarse a una mucho mayor escala, involucrando a muchos más niños en su consumo y con cada uno tomando mayores cantidades. Si este aumento en escala ocurre, disminuirán los casos de lactancia materna natural. Este tema merece un seguimiento cercano en virtud de su impacto potencial sobre la salud de los niños en Chile y del tipo de adultos en los que se convertirán.

Desde el plan chileno de distribución de fórmula de inicio se afirma que si el apoyo a la lactancia materna falla, la segunda mejor alternativa es alimentar con fórmula. Esto es incorrecto, en algunos casos, cuando la lactancia convencional no puede realizarse, la madre está en posibilidad de extraer su propia leche y administrarla en botellas.

Si la madre biológica es incapaz de producir suficiente leche, es posible obtener leche humana de otras madres mediante arreglos particulares o a través de bancos de leche materna. Estas alternativas podrían ser desarrolladas bajo una buena administración la leche humana. Lo que

sería mejor para la salud infantil que cualquier fórmula manufacturada.

El Plan afirma que las fórmulas elaboradas con base en leche de vaca han sido mejorados de forma que su calidad es similar a la leche materna (Ministerio de Salud, 2016a, 3). Si esto quiere decir que la calidad de la fórmula es cercana a la obtenida de lactancia natural, la afirmación es falsa. En prácticamente todos los estudios se encuentra que la salud infantil es peor entre aquéllos alimentados con fórmula. Los argumentos de la industria manufacturera respecto a la calidad de las nuevas fórmulas infantiles se basan siempre en la comparación de la nueva con una versión anterior, afirmando que la nueva es más cercana a la leche materna. No obstante, mayor cercanía no implica similitud, la fuente citada en apoyo de este postulado (Ministerio de Salud 2014) no afirma que la fórmula asemeja la calidad de la leche materna.

Muchos estudios han mostrado que la fórmula ordinariamente resulta en peores resultados en la salud infantil, en comparación con la lactancia materna (Bartick y Reinhold 2010; Chen y Rogan 2004; The Lancet 2016). Mucha de la crítica al uso de fórmulas infantiles se ha centrado en que no sea nociva, especialmente en contextos de bajos ingresos, pero poco a poco se está reconociendo que la fórmula es nutricionalmente inadecuada, dado que produce peores resultados en la salud, aún administrada en las mejores condiciones (Kent 2012, 2014b).

Es común la preocupación respecto al aumento en peso infantil, en términos de ser o demasiado lento o muy rápido. La lógica es que dichos asuntos pueden ser controlados mediante el uso de fórmula infantil ordinaria o especial, esta idea es cuestionable (Morrison 2015; Thulier 2016). Frecuentemente, los problemas de peso pueden ser manejados mejorando las prácticas de lactancia natural.

Al discutir la adición de ácidos grasos a la fórmula infantil, el plan afirma que los beneficios han sido demostrados (Ministerio de Salud, 2016a, 7), lo cual no es correcto (Kent 2014a). Ciertamente, muchos de éstos con respecto a los aditivos en las

fórmulas infantiles son altamente cuestionables (Belamarich, Bochner y Racine, 2016).

Los estudios piloto involucran tanto cambios en el producto que es ofrecido (Purita Fortificada vs fórmula de inicio), como en las reglas para proporcionarlo. Se dificultará distinguir que impactos en la salud serán producto de cambios en la fórmula o en las reglas de su distribución; sería deseable llevar a cabo algunos estudios en los cuales sólo las reglas fueran transformadas, aquéllas que limiten la disponibilidad de alimento infantil gratuito probablemente incrementen la tasa de lactancia natural, mejorando así la salud infantil más allá de cual producto es ofrecido.

El Cuadro 1 del documento de planeación (Ministerio de Salud, 2016a) enlista las condiciones bajo las cuales una mujer puede recibir fórmula de inicio para sus hijos. Por ejemplo, se incluyen diagnósticos de VIH o herpes, madres que usan drogas incompatibles con la lactancia o que están bajo tratamiento de quimioterapia. Esta lista de condiciones está basada en la de la Organización Mundial para la Salud de razones médicas para utilizar sustitutos a la leche de pecho (OMS, 2009).

Mucha de esta información está atrasada, por ejemplo, en lugar de recomendar a las mujeres con lesiones de herpes en los pezones el uso de la fórmula, podría apoyárseles en la autoextracción para alimentar a su bebé mediante una botella. De manera similar, a las que tienen un diagnóstico de VIH positivo ya no se les aconseja evitar la lactancia por temor a la transmisión del virus a sus hijos porque se puede hacer uso de medicamentos antirretrovirales para eliminar esencialmente el riesgo de transmisión del virus, conservando las ventajas a la salud de la lactancia materna (National Institutes of Health 2016; World Health Organization and UNICEF 2016). Durante un tiempo UNICEF distribuyó fórmula infantil para prevenir la transmisión de VIH por vía lactancia, pero ha dejado de hacerse (de Wagt y Clark, 2004).

El documento de la OMS sobre las razones médicas para el uso de fórmula en sustitución de leche materna no anticipó los rápidos avances en el establecimiento de bancos de leche materna. A

nivel mundial, a muchos bebés críticamente enfermos en unidades de cuidado intensivo neonatal o demasiado débiles para chupar, se les provee de la leche de su madre o de alguna otra mujer, indirectamente, mediante estos bancos.

Ha habido también avances en cuanto a métodos para hacer llegar leche humana a infantes que la requieren. Algunas mujeres incapaces de amamantar convencionalmente, extraen su leche y la administran mediante biberón o tubularmente (*The Mighty Staff*, 2015, a veces pueden hacer uso de la leche de otra mujer. Así, al bebé es posible que lo alimente su madre, padre o algún otro cuidador. En muchos casos el contacto directo de piel a piel puede ser rescatado.

Es desafortunado que en Chile haya sólo un banco de leche en todo el país (Viñals, 2015). Brasil cuenta con más de 200 (Fox News Latino, 2014). Si Chile tuviera una red de éstos bien desarrollada, habría mucho menor necesidad de fórmula infantil.

El plan chileno anticipa proporcionar fórmula si las madres o infantes presentan alguna de las condiciones incluidas por la OMS en su documento (WHO, 2009). Adicionalmente, algunas madres podrían obtenerla firmando su consentimiento informado. Dicha declaratoria acusaría que la interesada está al tanto de los beneficios de la lactancia natural y que habiendo participado de las sesiones de apoyo correspondientes, desea renunciar a amamantar (Ministerio de Salud, 2016d, 5).

No es claro si habría limitaciones al número de familias que pudieran utilizar este procedimiento de consentimiento para obtener fórmula infantil. Chile podría seguir el patrón de los EUA, donde la mayoría de las familias de bajos recursos califican para el programa WIC (Mujeres, Infantes y Niños, por sus siglas en inglés) y reciben, por tanto, fórmula infantil para sus hijos. Como resultado, dicho programa provee fórmula para alrededor de la mitad de los bebés en ese país (Kent, 2006, 2011).

El plan chileno hace una breve mención del derecho humano a una alimentación adecuada y señala que, en referencia a ese cuerpo legal, el Estado no puede negar el derecho a comida

adecuada a los niños (Ministerio de Salud, 2016d, 5). Lo anterior es correcto, pero no implica una obligación estatal de provisión de alimentos (Kent, 2005).

El documento de la OMS de 2009 trata sobre las razones médicas para el uso de sustitutos de la leche materna, no acerca de las condiciones bajo las cuales un gobierno debe proveer fórmula infantil.

El plan gubernamental para la provisión de fórmula de entrada debe plantearse sobre la base de un análisis exhaustivo, no sólo a partir de las implicaciones potenciales sobre la salud, sino también por su impacto económico para el estado y las familias.

La compra de fórmula sería un gran costo para el gobierno, como ya se vio durante el programa piloto. Los pagos para trabajadores y oficinas para operar el programa también son sustanciales, especialmente con el trasfondo de criterios complejos para su operación y varias reglas que determinan qué le corresponde a quién.

El programa implica costos para las familias por varias razones. La fórmula gratuita sería sólo recibida por un periodo determinado, después del cual el costo tendría que ser cubierto por la propia familia. Las madres que dieran pecho durante los primeros seis meses podrían continuar amamantando en paralelo a la provisión de otros alimentos después de ese primer semestre, pero las mujeres que hubieran dejado de amamantar tendrían que comprar la fórmula una vez que el PNAC dejara de proveerlo gratuitamente.

En Chile, las madres con menor nivel educativo son más propensas a amamantar (Ministerio de Salud 2013). Poner a disposición la fórmula gratuitamente a este sector —un producto altamente valorado, con el aval aparente del gobierno— les haría más propensas a hacer uso de éste y reduciría su índice de lactancia. Podría también llevar a una mayor dependencia en relación a productos alimenticios procesados a largo plazo, lo cual sería un peso extra, directo, sobre su economía.

El costo de la fórmula adquirida por el gobierno podría reducirse mediante la elección de un producto genérico, en lugar del de marcas comercialmente reconocidas. Por otro lado, los productores de la fórmula genérica serían menos propensos a participar de la licitación para proveerlo. Se mostrarían renuentes en la medida en que no se beneficiarían del posicionamiento de su marca como resultado de la exposición de los beneficiarios del programa al producto, en función del aparente aval gubernamental a la marca elegida como proveedor.

Estudios del programa WIC en los EEUU muestran que el precio de venta al público de los productos de las marcas contratadas por el gobierno para proveer la fórmula distribuida por el gobierno, aumenta. Esto implica un incremento en el gasto de todos los compradores, aún aquellos que hubieren sido beneficiarios de la provisión de fórmula gratuita por parte del gobierno en el pasado. La distribución gratuita de fórmula por parte del gobierno proporcionaría beneficios sustanciosos a sus productores, mucho más allá de las ganancias a corto plazo derivadas de sus contratos como proveedores del programa gubernamental.

Dilemas éticos

El Ministerio de Salud de Chile está enfrascado en un dilema ético. La población de bajos ingresos ha podido obtener Purita Fortificada gratuitamente del gobierno, mientras que la población con más recursos puede comprar fórmula infantil de mejor calidad directamente en el mercado (Stipicic 2016). Esto es en definitiva un asunto serio, pero no es la única disyuntiva.

Aunque en principio la fórmula de inicio puede ser mejor para el bebé, en comparación con la Purita Fortificada, la diferencia más importante estaría en la percepción por parte de las madres como un producto más valioso, lo cual podría resultar en un incentivo adicional para obtener el producto del PNAC y para la reducción de la lactancia natural.

Este tipo de respuesta probable es evidente a partir del análisis de la experiencia de los EUA. El programa WIC distribuye fórmula infantil gratuitamente y también promueve la lactancia

materna. Tiene, por tanto, objetivos similares a los descritos en el programa chileno. Sus proponentes reconocen que el proveer fórmula infantil gratuita interfiere con la lactancia natural (Castillo y Power 2016; Kent 2006, 2011; Ministerio de Salud, 2016a, 7; Ryan y Zhou 2006; Ziol-Guest y Hernandez, 2010). ¿Qué elementos del plan paliarían dicha interferencia?

En el caso del programa WIC, el componente de distribución de fórmula infantil está sobrerrepresentado en relación a la promoción de la lactancia materna. Pudiera ser que en Chile se planteara de alguna forma incrementar la prevalencia de la lactancia natural paralelamente a la provisión gratuita de fórmula inicial mediante una mayor asignación de recursos a tal esfuerzo. Si este es el caso, debiera enunciarse explícitamente y describirse en el plan los medios para lograr tal resultado. La pregunta central es si la provisión de fórmula gratuita en el programa chileno será controlada estrictamente y limitada a casos de necesidad convincente.

En los EUA el equilibrio se ha decantado a favor de la distribución expansiva de fórmula por la influencia económica y política de sus productores. Hay hoy una tendencia global de aumento en la venta de fórmula infantil. Los intereses económicos de la industria están llevando al deterioro de las prácticas de lactancia natural en todo el mundo (Baker *et al.*, 2016; Kent, 2015; Smith, Salmon y Baker, 2016).

Muchas de las condiciones que bajo el criterio de los planificadores en Chile harían necesario el uso de fórmula es posible que fueran resueltas de otras maneras. Se podría apoyar el proceso de amamantamiento sin introducir nuevos productos, clínicas de lactancia bien financiadas pudieran ser establecidas en cada clínica de atención primaria y algunos de los recursos que el gobierno destina a la compra de fórmula infantil, invertidos en la apertura de bancos de leche materna bien administrados o para proveer subsidios alimenticios a personas de ingresos muy bajos; sería deseable el desarrollo de programas de intercambio de leche materna. Existen muchas acciones alternativas a la introducción de un nuevo tipo de fórmula infantil.

La distribución gratuita de alimentos por parte del gobierno chileno comenzó cuando el país era muy pobre y la desnutrición un problema muy serio. Ahora que, en general, las condiciones han mejorado, la lógica de este tipo de estrategias tiene menos sentido. Sigue siendo relevante la suplementación de las dietas de los sectores más pobres o con requerimientos especiales, pero esto implica, en la actualidad, a una pequeña porción de la población. Si se proveen gratuitamente alimentos, no debiera ser un producto caro, altamente procesado y con impactos cuestionables sobre la salud. La igualdad no puede ser utilizada como argumento para justificar la distribución de fórmulas infantiles.

El proyecto de implementación para esta propuesta convoca primeramente a definir el grupo al que está dirigido el producto y en segundo lugar a fortalecer las iniciativas de protección a la lactancia natural en el mismo (Ministerio de Salud, 2016a, 3). El título del documento aclara que el proyecto está encaminado a la introducción de fórmula de inicio y secundariamente a la promoción de la lactancia como práctica.

El Ministerio de Salud afirma que se plantea trabajar en el sentido de una prevalencia incrementada de lactancia natural. Si este es el objetivo más importante, las prioridades debieran invertirse. El proyecto como tal sería más atractivo si de veras se propusiera un incremento en la práctica de lactancia y si hubiera un compromiso gubernamental con que la población infantil que recibe Purita Fortificada o Fórmula de Inicio se redujera año con año. Las familias que lo desearan podrían adquirirlos como cualquier otro producto, por lo que la cobertura disminuyente del programa sólo significaría que el gobierno eventualmente ya no lo proveería.

La OMS y muchas otras agencias recomiendan que los bebés sean alimentados exclusivamente con leche materna los primeros seis meses. La distribución de cualquier tipo de alimento infantil durante esta etapa por parte del gobierno debe ser eliminada. Tanto este objetivo como la planeación de la eliminación gradual en la distribución de fórmula debieran establecerse en una nueva versión del plan.

Referencias

- Baker, Phillip Ian, Julie Patricia Smith, Libby Salmon, Sharon Friel, George Kent, Alessandro Iellemo, Jai Prakash Dadhich, and Mary J. Renfrew. "Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: is an unprecedented infant and young child feeding transition underway?" *Public Health Nutrition*. May. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2786419
- Bartick, Melissa and Arnold Reinhold 2010. "The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis" *Pediatrics*. 125(5):e1048-56. <http://www.breastfeedingor.org/wp-content/uploads/2012/10/burden-of-suboptimal-breastfeeding-in-the-us.-a-cost-analysis.pdf>
- Belamarich, Peter F., Risa E. Bochner, and Andrew D. Racine. 2016. "A Critical Review of the Marketing Claims of Infant Formula Products in the United States." *Clinical Pediatrics*. May. 55(5): 437-42. https://blogs.deakin.edu.au/apfnc/wp-content/uploads/sites/119/2015/06/Belamarich_2015_A-Critical-Review-of-the-Marketing-Claims-of-Infant-Formula-Products-in-the-United-States.-Clin-Pediatr.pdf
- Castillo, Cecilia and Leslie Power. 2016. "¿Cuida el Ministerio de Salud de Chile la lactancia materna?" *Opinión Publicado*. Centro de Investigación Períodística. July 14. <http://ciperchile.cl/2016/07/14/cuida-el-ministerio-de-salud-de-chile-la-lactancia-materna/>
- Chen, Aimin and Walter J. Rogan 2004. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 113:5 (May) 435-439.
- Codex Alimentarius Commission. 2007. *Standards for Infant Formulas and Formulas for Special Medical Purposes Intended for Infants (Codex Stan 72-1981) (Revised 2007)*. http://npaf.ca/wp-content/uploads/2014/02/CXS_072E-Codex-Standard-Infant-Formula-.pdf
- de Wagt, Arjan, and David Clark. 2014. *UNICEF's Support to Free Infant Formula for Infants of HIV-Infected Mothers in Africa: A Review of UNICEF Experience*. Penang, Malaysia: World Alliance for Breastfeeding Action. <http://www.waba.org.my/whatwedo/hcp/pdf/r-unicef-free.pdf>
- Fox News Latino 2014. *Breast Milk Banks in Brazil Slash Infant Mortality by Two-Thirds, Become Model for the World*. Fox News Latino. September 4. <http://latino.foxnews.com/latino/health/2014/09/04/brazil-breast-milk-banks-become-model-for-world/>

- Kent, George. 2005. *Freedom from Want: The Human Right to Adequate Food*, Washington, D.C.: Georgetown University Press. <http://press.georgetown.edu/sites/default/files/978-1-58901-055-0%20w%20CC%20license.pdf>
- . 2006. "WIC's Promotion of Infant Formula in the United States," *International Breastfeeding Journal*. 1(8). <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/1/1/8>
- . 2012. "The Nutritional Adequacy of Infant Formula." *Clinical Lactation*, 3(1): 21-25. <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/clac/2012/00000003/00000001/art00004>
- . 2011. *Regulating Infant Formula*. Amarillo, Texas:Hale Publishing.
- . 2014a. "Regulating fatty acids in infant formula: critical assessment of U.S. policies and practices." *International Breastfeeding Journal*. 9:2. <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/9/1/2>
- . 2014b "Regulating the Nutritional Adequacy of Infant Formula in the United States." *Clinical Lactation*, Vol. 5, No. 4, pp. 133-136 (2014). <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/clac/2014/00000005/00000004/art00006>
- . 2015. "Global infant formula: monitoring and regulating the impacts to protect human health." *International Breastfeeding Journal*. 10(6). <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/10/1/6/abstract>
- Memoria Chilena 2016. *Gotas de leche (1900-1940)*. <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-100643.html>
- Ministerio de Salud. 2011. *Manual de Programas Alimentarios*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/caa1783ed97a1425e0400101640109f9.pdf>
- . 2013. *Informe Técnico: Encuesta Nacional de Lactancia Materna en la Atención Primaria – (ENALMA)*. Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_FINAL_ENALMA_2013.pdf
- . 2014. *Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud*. Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web\(1\).pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web(1).pdf)
- . 2016a. *Proyecto de incorporación de Fórmula de Inicio en el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). Propuesta de implementación*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. <http://ciperchile.cl/wp-content/uploads/Proyecto-incorporacion-FI-PNAC.pdf>
- . 2016b. *Protocolo de incorporación de Fórmula de Inicio en el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). Propuesta de implementación*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública.
- . 2016c. *Proyecto piloto de incorporación de fórmula de inicio en el PNAC*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Proyecto-Piloto-F%C3%B3rmula-de-Inicio-en-PNAC.pdf>
- . 2016d. *Minuta aclaratoria: Proyecto piloto de incorporación de fórmula de inicio en el PNAC*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. July 14.
- Morrison, Pamela. 2015. *Inadequate Weight Gain or Failure to Thrive in a Breastfed Infant*. <http://lactconsult.blogspot.co.uk/2016/08/morrison-low-gain-protocol-2015.html>
- National Institutes of Health. 2016. *HIV therapy for breastfeeding mothers can virtually eliminate transmission to babies*. July 18. Washington, D.C.: NIH. <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/hiv-therapy-breastfeeding-mothers-can-virtually-eliminate-transmission-babies>
- Rama de Nutrición. 1999. "Leche Purita Fortificada en la alimentación infantil." *Revista Chilena de Pediatría*, July. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000400018
- Ryan, Alan S. and Wenjun Zhou. 2006. "Lower Breastfeeding Rates Persist Among the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children Participants, 1978-2003." *Pediatrics*. April. <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/4/1136>
- Smith, Julie, Libby Salmon, and Phillip Baker. 2016. "World Breastfeeding Week: Conflicts of Interest in Infant and Young Child Feeding." *PLOS Blogs: Translational Global Health*. <http://blogs.plos.org/globalhealth/2016/08/world-breastfeeding-week-conflicts-of-interest-in-infant-and-young-child-feeding/>
- Stipicic, Mónica. 2016. "The Milk Battle." *Latercera*. August 13. <http://www.latercera.com/noticia/tendencias/2016/08/27-692307-9-la-batalla-de-la-leche.shtml#last>
- The Lancet. 2016. Breastfeeding. January 29. <http://www.thelancet.com/series/breastfeeding>

- The Mighty Staff. 2015. *21 Photos That Prove Tube-Feeding Is a Beautiful Way to Feed Your Baby*. The Mighty. October 29. <https://themighty.com/2015/10/powerful-photos-of-babies-being-tube-fed/>
- Thulier, Diane. 2016. "Weighing the Facts: A Systematic Review of Expected Patterns of Weight Loss in Full-Term, Breastfed Infants." *Journal of Human Lactation*. 32(1): 28-34. <http://jhl.sagepub.com/content/32/1/28.long>
- Viñals, Victoria. 2015. *Abren Primer Banco de Leche para Prematuros Extremos*. Diario Uchile. September 15. <http://radio.uchile.cl/2015/09/20/abren-primer-banco-de-leche-humana-en-chile-para-prematuros-extremos/>
- World Health Organization. 2009. *Acceptable Medical Reasons for use of Breast-milk Substitutes*. Geneva: WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/en/
- World Health Organization and UNICEF. 2016. *Guidelines: Updates on HIV and Infant Feeding*. WHO and UNICEF. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>
- Ziol-Guest, Kathleen M. and Daphne C. Hernandez. 2010. "First- and Second-Trimester WIC Participation is Associated with Lower Rates of Breastfeeding and Early Introduction of Cow's Milk During Infancy." *Journal of the American Dietetic Association*. May. 110(5):702-9. [http://www.andjrn.org/article/S0002-8223\(10\)00114-8/abstract](http://www.andjrn.org/article/S0002-8223(10)00114-8/abstract)

Recibido: 20 de agosto de 2015.

Aprobado: 22 de agosto de 2015.

Declaración de intereses: ninguno



Medicina Social
Salud Para Todos