



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA / DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA - UC
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

**EXTENSIÓN DEL POSTNATAL PARENTAL EN CHILE:
BENEFICIOS Y DETERMINANTES EN SU IMPLEMENTACIÓN. REVISIÓN
NARRATIVA Y RECOMENDACIONES PARA CHILE**

POR MARCO FELIPE BRAVO DAÑOBEITIA

Tesis presentada a la Escuela de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile para
optar al grado académico de Magister en Salud Pública

PROFESOR GUÍA: DR. JAIME CERDA

Julio 2019

Santiago de Chile.

©2019 MARCO FELIPE BRAVO DAÑOBEITIA

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o
procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

Dedicatoria:

A mis hijos Gabriel y Sebastián los cuáles han sufrido mi ausencia en sus primeros años de vida debido a mis estudios de postgrado. A mi esposa Monica, por creer en mí y apoyarme en los momentos más difíciles para salir adelante.

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, el investigador agradece a su tutor de tesis Dr. Jaime Cerda, que comprendió la carga laboral del estudiante y lo recibió para las consultas pertinentes en horarios muchas veces solicitados por el tesista, además de su muy buena disposición a contactarlo, entregando incluso su número personal, lo cual valora el investigador inmensamente. Al Director del Magister, Dr Jaime Sapag, que contribuyó en reiteradas oportunidades a las consultas pertinentes al estudio, en relación a material para realizar de manera correcta el análisis de la metodología, así como su gran disposición a aclarar todas las dudas del investigador.

Tabla de contenido

Dedicatoria:	ii
AGRADECIMIENTOS:	iii
Resumen	vi
Introducción:	1
Justificación:	1
Contexto:.....	4
Marco Teórico:.....	5
Historia y aspectos legales	5
Abordaje investigativo:	8
Supuestos del Estudio:	10
Preguntas de investigación:	10
Objetivos:	10
Método	12
Análisis de la información:.....	13
Presupuesto:	16
Aspectos éticos y legales:.....	16
Estrategia de Comunicación / Disseminación:	16
Potencial impacto	16
Lecciones Aprendidas:	18
Resultados:	19
Alemania:	19
Australia:	20
Canadá	27
Chile	29
Dinamarca	30
España	31
Estados Unidos.....	32
Noruega.....	38
Suecia.....	39
Suiza.....	44
Estudios Multipaíses	45
Discusión	56

Recomendación de propuesta para Chile.....	59
Conclusión	60
Referencias.....	61
Anexos	73
Anexo 1: Formato de entrevista.....	73
Anexo 2 Entrevista 1	74
Anexo 3: Entrevista 2	79
Anexo 4: Entrevista 3	86
Anexo 8: FORMULARIO DISPENSA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	120

Índice de figuras

Figura 1: Diagrama de flujo del presente trabajo de investigación	11
Figura 2: Metodología de selección de artículos y levantamiento de recomendaciones	14
Figura 3: Carta Gantt del proceso de Revisión Narrativa	15
Figura 4: FODA	17
Anexo 6: Ilustración 5: Gráfico 1: Total de semanas de postnatal parental en países OCDE	116

Índice de tablas

Tabla 1a: Barreras económicas recogidas de entrevistas con actores claves.....	53
Tabla 2: Oportunidades recogidas de entrevistas con actores claves	53
Tabla 3: Situación de Chile en comparación con el resto del mundo en cuanto al postnatal parental	54
Tabla 4: Recomendaciones respecto a una propuesta de implementación del postnatal parental en Chile recogidas de las entrevistas con actores claves	55
Anexo 5: Tabla 5: Estudios en relación a sus resultados	93
Anexo 7: Tabla 6: Días de postnatal maternal, paternal y parental según países OCDE	117

Resumen

Objetivo: Los objetivos de esta investigación fueron sintetizar la evidencia científica de la experiencia de cada país OCDE en cuanto a los beneficios en la salud de los padres y los hijos relacionada con el permiso postnatal parental. Posterior a esto, analizar las principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en la implementación de la extensión de un postnatal extendido en Chile, recogiendo la información de la literatura, así como el abordaje local entregado por expertos. Y finalmente levantar recomendaciones para propuesta formal de extensión de postnatal parental en Chile.

Método: El método utilizado fue el de una revisión narrativa de la literatura de tipo panorámica en la cuál se clasificaron las experiencias de cada país de la OCDE en relación al postnatal parental y sus resultados en salud en el padre, la madre y los hijos. Además, para complementar, se incluyeron 3 entrevistas semiestructuradas a agentes claves para abordar su visión en relación a situación del país en relación al mundo, barreras, oportunidades y recomendaciones para Chile en cuanto a levantar una propuesta de extensión del postnatal parental.

Resultados: La evidencia de la literatura fue amplia en relación a beneficios en la salud del postnatal parental, tanto para ambos padres, como para los hijos. Sin embargo, dentro de las limitaciones de la investigación, no se realizó evaluación de la calidad de los estudios incorporados en esta revisión, por lo que sería interesante evaluar este aspecto en una futura investigación. En cuanto a las entrevistas, existen muchas barreras de momento que superan con creces las oportunidades, por lo que no parece factible actualmente extender el postnatal más allá de lo que se cuenta actualmente.

Conclusiones: Existe amplia evidencia que aborda los resultados en salud del postnatal parental y que mientras más extendido sea, mayor es el beneficio, sin embargo, las barreras en nuestro país parecen ser muchas, en especial en términos culturales, laborales, políticos y legales. A raíz de esto, es que este documento intenta levantar recomendaciones que puedan contribuir desde una mirada de equidad en salud a extender el postnatal parental, y de esta manera generar mayores oportunidades de las que ya existen para lograr reducir la brecha que generan las barreras anteriormente mencionadas.

Introducción:

En esta investigación se revisaron los principales estudios que evaluaron beneficios en salud como resultado de la extensión del postnatal en los países pertenecientes a la OCDE a través de una revisión narrativa del tipo panorámica. Pocos estudios han intentado esta labor, y en las escasas investigaciones que existen, se han enfocado en uno o dos miembros de la familia, siendo la madre y los hijos, tanto juntos como separados, la mayoría del tiempo el foco del estudio. También ha habido aún menos frecuente, investigaciones que evalúan los resultados en salud en el padre, de la extensión del postnatal parental, pero estos no se han enfocado de forma recíproca en cómo afecta a la familia también el involucramiento del padre. Debido a esto, es que este estudio busca contribuir a la evidencia ya existente, generando una revisión de los principales resultados en salud a raíz de la extensión del postnatal parental en todos los miembros de la familia. Además, existe un surgimiento importante en el pensamiento colectivo de una mirada de corresponsabilidad en el cuidado de los hijos y la familia, por lo que investigaciones como estas, buscan contribuir también a esta mirada. Para este fin, se realizó una búsqueda exhaustiva en la literatura de aquellos resultados en salud que se originaban a raíz del postnatal parental en las familias, clasificándolos por países OCDE. Luego de esto, para dar un contexto local al fenómeno e indagar barreras y oportunidades en la implementación de una eventual extensión del postnatal parental, es que se realizaron 3 entrevistas semiestructuradas a actores claves desde un enfoque académico, político y legal. Posterior a esto, se levantaron recomendaciones a raíz de lo recogido desde la literatura y desde las entrevistas para lograr disminuir estas barreras y aumentar las oportunidades, en un esfuerzo por disminuir la brecha generada por el gran número de barreras recogidas en el contexto local.

Actualmente en Chile, existe un postnatal maternal de 12 semanas, un postnatal paternal de 5 días y un postnatal parental de 12 semanas, de las cuáles, la madre puede cederle al padre 6 semanas. A través de este estudio, se abordará porqué el postnatal parental como lo conocemos actualmente es insuficiente en generar bienestar en la salud a la familia.

Justificación:

Como antecedente, se indicará brevemente ciertos rasgos importantes en el contexto de esta normativa.

Las leyes sociales desde los años 50, en cuanto a los derechos de la seguridad social y laborales, fueron basados en el modelo del hombre proveedor, según el cual es el hombre quien sostiene económicamente el hogar y la mujer quien está a cargo del rol del cuidado del hogar y los niños(1). Esto estuvo basado en el modelo del trabajo industrial europeo y de cómo funcionaban los derechos del trabajo. Junto a lo anterior, los beneficios de la seguridad social eran transmitidos a la esposa e hijos del trabajador. Por ende, el rol de la mujer en ese entonces era “secundario”, teniendo que “cargar” con el cuidado de los hijos y el hogar. Como menciona Caamaño, a comienzos del siglo pasado, se desincentivó la contratación de mujeres, insistiendo que su rol en la sociedad era el cuidado de la familia y el hogar(1).

Actualmente se cuestiona la distribución de las labores asignadas por género. El mundo, principalmente el occidental, ha logrado importantes avances en este ámbito, por lo que la definición de labores por sexo ya no se sostiene en el mundo moderno(2).

En el presente, mujeres y hombres laboran, aportando dinero para solventar al hogar.

Mientras que la licencia prenatal está orientada a proteger a las futuras madres trabajadoras y al menor que se está gestando, la licencia postnatal está encaminada a la recuperación del parto, cuidar al bebé y promover la lactancia materna exclusiva al menos hasta los seis meses post parto. Este hecho promueve en la mayoría de los casos discriminación en el acceso al empleo por parte de las mujeres, ya que no existen normas laborales que protejan a las mujeres por el solo hecho de ser tales(3). En nuestra legislación, el Código del Trabajo señala la igualdad formal entre hombres y mujeres en el trabajo, como lo afirma el artículo 2 y el nuevo texto del artículo 62 bis del mismo código, concordando con el artículo 19 N° 2 y N° 16 inciso 3 de la Constitución Política de la República, que “reconocen la igualdad de hombres y mujeres ante la ley y prohíben la discriminación en el empleo”(4). Aun así, Chile se ha destacado por ir incorporando medidas tendientes a equilibrar los derechos entre mujeres y hombres en relación a su vida familiar. Lo más reciente es la incorporación de un permiso postnatal parental.

Si bien el modelo del hombre proveedor puede seguir presente en nuestra sociedad, este modelo no es la única forma de organización. A fin de poder demostrar esta última afirmación, es que se describirá la evidencia en el mundo en donde se ha incorporado un permiso parental para ambos padres.

El permiso postnatal maternal puede ser visto como una inversión para mejorar los recursos psicosociales de una familia. Al aumentar la duración del permiso postnatal maternal, se espera que la madre dedique una mayor cantidad de tiempo en el cuidado del recién nacido y en un mayor autocuidado. Esto puede ser al aumentar el tiempo que pasa con el menor o de manera indirecta al mejorar la asignación del tiempo con la familia. Por ejemplo, si a una madre se la da más tiempo en su nuevo rol como madre, esto puede mejorar de manera indirecta la calidad del tiempo que pasa con su hijo. De esta manera, aumentar el tiempo del permiso postnatal maternal puede mejorar no solo la salud del niño, sino también la salud física y mental de la madre. Los niños cuyas madres tienen postnatales más extensos, pueden tener mejor calidad del cuidado en los primeros años de vida, por ejemplo, a través de prolongación de la lactancia materna, mayor supervisión e interacción con el adulto, una mayor sensación de comunidad entre madre e hijo y son menos propensos a exposición a infecciones que son comúnmente encontradas en salas cunas y jardines infantiles donde los menores interactúan entre sí.

Dado que la duración del permiso de maternidad puede tener implicaciones importantes para la salud infantil y materna, también puede afectar el bienestar general de la familia y las decisiones familiares, como la fertilidad y el divorcio(5).

A través de los países de la OCDE, existen diferencias substanciales en el postnatal maternal. En los Estados Unidos, el Acta médica y de Familia de 1993 garantiza 12 semanas de permiso sin paga para las madres, pero el postnatal pagado no es obligatorio(5). En la mayoría de los otros países de altos ingresos, ha existido un aumento en el postnatal materno pagado en las últimas décadas. Por ejemplo, previo a 1977, solo 12 semanas de permiso sin paga se les daba a las madres trabajadoras de Noruega, pero actualmente, las madres de dicho país tienen

1 año completo de paga y pueden optar a un segundo año sin paga, sin poder ser despedidas para el cuidado del menor.

Se encontró evidencia sólida a través de una variedad de especificaciones de que la reforma de 1977 en Noruega protegió la salud materna. Varios aspectos de la salud metabólica mejoraron para las madres, incluido el IMC, la probabilidad de ser obeso, la presión arterial y un índice resumido que agrega las medidas de la salud metabólica. La reforma disminuyó la probabilidad de experimentar dolor alrededor de los 40 años, y las mejoras se debieron a disminuciones en la espalda, el cuello y el hombro, y el dolor de piernas y caderas. Se encontraron mejoras significativas en la salud mental y general auto declarada. También se estimó el impacto de la reforma en los comportamientos de salud y se encontró que la reforma aumentó el ejercicio vigoroso y disminuyó la probabilidad de fumar alrededor de los 40 años. Se analizó si hubo efectos heterogéneos en varias características de la madre y la experiencia del parto. La reforma tuvo mayores efectos en las mujeres que experimentaron complicaciones en el parto y menores efectos en las que tuvieron una cesárea(5).

En el 2005, Chatterji y Markowitz encontraron que postnatales más extensos están asociados con disminución de síntomas depresivos(6). Específicamente, el incrementar el postnatal materno en 1 semana, está asociado con una disminución del 6-7% en los síntomas depresivos. Este resultado, significa que las madres experimentan menos síntomas de depresión, que están experimentando síntomas depresivos menos frecuente o ambos.

En otro trabajo de los mismos autores pero en el año 2012, encontraron que tener más de 12 semanas de postnatal está asociado con una disminución de los síntomas depresivos y un aumento en la salud en general(7).

Existen numerosos estudios que relacionan una mejora en la salud del niño a medida que se extiende el postnatal parental. Por ejemplo, Tanaka en un estudio realizado el 2005, encontró que la extensión de semanas de postnatal pagado tiene efectos significativos en la disminución de las tasas de mortalidad infantil(8).

Ruhm en el 2000, relaciona una disminución en la mortalidad infantil a medida que aumenta la extensión del postnatal parental(9). Este estudio se correlaciona con lo expuesto por Belfield de acuerdo a que la extensión del postnatal parental aumenta la duración de la lactancia materna ya que la principal razón de no extenderla es que las madres deben volver al trabajo(10). Al extender la lactancia materna, disminuyen las infecciones del oído, gastroenteritis, infecciones respiratorias bajas, dermatitis atópicas, asma, obesidad, diabetes, leucemia infantil, síndrome de muerte súbita infantil y enterocolitis necrotizante(11).

En el año 1974, Suecia aumenta el post natal parental para los hombres buscando una mayor equidad de género; aumentar el potencial de los hombres en la esfera del cuidado y en el caso de las mujeres, aumentar su potencial en el ámbito del trabajo remunerado(12). En el 2007, se demuestra un aumento en la expectativa de vida de hombres entre un 22% a un 29% en relación al estrés crónico como causa de muerte(12).

Månsdotter en el 2010, establece asociación en que aquellos hombres que se tomaron entre 31 y 60 días de permiso parental tuvieron un 24% menos riesgo de morir por cualquier causa comparado con padres que no tomaron permiso parental(13).

Una de las condiciones que determinan la existencia de este problema de Salud Pública, entendido como un postnatal reducido de 6 meses para la madre y de 5 días para el padre, es que existe una alta tasa de licencias médicas por enfermedad grave del niño menor de 1 año(14). Esto se debe a que aquellos niños que no están con sus madres, generalmente deben asistir a guarderías en donde tienen mayor riesgo de infecciones al estar más expuestos(15).

Dimensionar el problema y/o cuantificarlo, podría ser difícil ya que calcular un QALY en este momento resulta complicado. Habría que realizar un estudio de costos a futuro para ver posibilidad de implementación.

Contexto:

El investigador realizará su investigación en el departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile ubicado en Santiago de Chile.

El investigador está conectado personalmente con el proyecto, debido a que, en su quehacer diario como Nutricionista, observa como llegan permanentemente a su lugar de trabajo, menores de 1 año con enfermedades respiratorias a repetición, madres con angustia y/o depresión en tratamiento y padres ausentes en la crianza debido a que no tienen tiempo protegido para dedicarse a los menores y fortalecer el apego. Esto genera una motivación personal en el investigador que busca contribuir a revertir esta evidencia.

Marco Teórico:

Historia y aspectos legales

En Chile, las leyes en relación a proteger la maternidad tienen su inicio en el año 1917, luego que la Ley N°3.186 instaurara que era deber de los empleadores instaurar un lugar en el trabajo, que estuviera fundamentalmente destinado para recibir a los hijos de las trabajadoras menores de 1 año de edad durante la jornada de trabajo, además de establecer un tiempo protegido de horas de lactancia sin descontar este del salario. A continuación, en el año 1925 a través del decreto Ley N° 442, se creó como beneficio a favor de la maternidad un tiempo de descanso de 60 días para la madre obrera y por consiguiente no era para todas las mujeres trabajadoras, el cual se distribuyó en 40 días de descanso anteriores al parto y en 20 días de descanso posteriores a dicha fecha. Durante este tiempo, la madre mantenía el 50% de su sueldo, financiado por el empleador, y conservaba su trabajo luego que terminara su descanso. De forma adicional, y como lo establecía la Ley N°3.186, se dispuso de un lugar para realizar la lactancia de los menores de hasta un año de vida, además de reducir la cantidad de mujeres contratadas necesarias para implementar esta obligación, a lugares que emplearan a 20 o más mujeres. En el año 1953 y mediante la Ley N°11.462, se aplicaron reformas a las normas de defensa a la maternidad establecidas en el Código del Trabajo, extendiendo los beneficios maternos a todas las mujeres trabajadoras y no solo a las obreras. Junto con lo ya establecido se creó el fuero maternal, ya que se explicitó que las empleadas no podían ser despedidas, destituidas, ni se les podría pedir la renuncia durante un mes después de haber terminado el descanso maternal, a menos que se expusiera una causa justificando el despido, previo juicio de desafuero.

Mediante la Ley N°16.434, de 1966, se aumentó el tiempo de descanso maternal a 6 semanas en aquellas madres que tuvieran hijos que requirieran algún tipo de cuidado especial. Para ello, el Servicio Médico respectivo debía acreditar dicha necesidad. Por lo tanto, con lo expuesto, el descanso a las madres se podía extender con este argumento hasta 18 semanas si es que se consideraba necesario. Ese mismo año, y a través de la Ley N°16.511 se aumentó la edad de los niños que obtenían el beneficio de lactancia materna en el trabajo, hasta los 2 años.

Por otro lado, el fuero maternal se instauró como lo conocemos hoy día el año 1970, mediante la Ley N°17.301, la cual señaló que las trabajadoras sólo podrían ser despedidas, exoneradas o se les podría solicitar la renuncia, a partir de un año después de haber terminado el período de descanso maternal, y que, durante ese año, solo podrían ser desahoradas previo juicio de desafuero. Mediante esta ley también se fundó un nuevo beneficio que buscaba la protección de los hijos menores de un año, pues a contar de aquel año la madre trabajadora podría acceder a una licencia médica por enfermedad grave de éste, con derecho a pago de subsidio, cuando el menor requiriera ser cuidado en su vivienda. En el año 1973, mediante la Ley N°17.928, se extiende el descanso postnatal de seis a doce semanas después del parto. Este aumento en el periodo se utilizó en todas las trabajadoras que fueran madres y puso fin al

aumento de este tiempo bajo el amparo del criterio del Servicio Médico correspondiente, establecida en el año 1966.

En el año 1985 y a través de la Ley N°18.418, se instituyó que los subsidios por descanso prenatal y postnatal y los subsidios por enfermedad grave del hijo menor de un año, de todas las trabajadoras, con excepción de las imponentes de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, serían costeados con dineros del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, compuesto íntegramente por recursos fiscales. Esta modalidad de financiamiento es la que se encuentra en vigencia en Chile. A raíz de la Ley N°19.250, de 1993, se inicia la existencia de beneficios parentales en la legislación chilena, pues en el caso de la enfermedad grave del hijo menor de un año, se establece que el padre puede utilizar el permiso para el cuidado del niño y su correspondiente subsidio, siempre que el padre tuviese un trabajo formal y la madre lo autorizara.

En el año 2007, mediante la Ley N°20.166, se establece un tiempo de una hora diaria para alimentar a niños menores de dos años, beneficio que se otorga a las madres trabajadoras, lo cual hasta ese momento solo se otorgaba a aquellas trabajadoras que trabajaban para un empleador que estuviese obligado a otorgar servicio de sala cuna.

Mediante la Ley N°20.545, de 2011, aumenta el descanso postnatal en caso de niños cuyo nacimiento ocurriera con anterioridad a la trigésimo tercera semana de gestación o bien pesaran menos de 1.500 gramos (prematuros extremos). En aquellos casos, el período de postnatal se extiende a dieciocho semanas. Junto con lo expuesto anteriormente, en los partos múltiples, el postnatal se extiende en siete días por cada hijo nacido después del primero, sin que se superen las 30 semanas post alumbramiento. Uno de los elementos más notables de la Ley N°20.545 es la introducción del postnatal parental, el cual les permite a las trabajadoras ausentarse de sus labores en el trabajo para cuidar a sus hijos, con derecho a subsidio. Este beneficio puede ser a jornada completa o parcial, extendiéndose por 12 o 18 semanas respectivamente.

En total, posterior al postnatal parental, las trabajadoras gozan de un tiempo de descanso de 24 o 30 semanas con subsidio, dependiendo de modalidad a jornada completa o parcial. Junto con lo expuesto, se permite a la madre traspasar al padre trabajador parte de este permiso postnatal a partir de la semana 7, con el objetivo de fomentar las responsabilidades mutuas en el cuidado del hijo. No obstante, este beneficio no era para todas las trabajadoras, ya que las trabajadoras públicas no tenían derecho a mantener su salario, como ocurre con el subsidio por incapacidad laboral, pues el subsidio se calculaba según el DFL N° 44, es decir sujeto al tope imponible y sacando un promedio de sus remuneraciones. De forma adicional, la Ley N°20.545 establece un beneficio, vigente a contar del año 2013, el que otorga a las mujeres que tengan contrato de trabajo a plazo fijo, por obra, servicio o faena y que no se encuentran empleadas en el período en que comienza su descanso prenatal, podrán acceder a un subsidio por un período de hasta 210 días. Finalmente, en el año 2016, la Ley N°20.891 incluye a las funcionarias públicas en el beneficio del permiso postnatal parental, tal como ocurre con los otros subsidios de protección a la maternidad y los de incapacidad laboral en general. Además

de lo ya expuesto, en que los 2 padres sean funcionarios públicos, la ley permite que la madre pueda optar a la sala cuna que tiene derecho o a la de la institución a la cual pertenece el padre (16).

Como ya se señaló, antes del permiso postnatal parental actual, la mujer trabajadora contaba con 12 semanas de descanso maternal para cuidar al recién nacido. Actualmente existe en Chile un permiso postnatal maternal de 12 semanas y un permiso paternal de 5 días. A lo anterior se suma un permiso postnatal parental de 12 semanas más, las cuales puede compartir con el padre, sin embargo, dado que el principal objetivo del postnatal es prolongar la lactancia, la mayoría de las madres no comparte este beneficio, priorizando la lactancia(15).

Abordaje investigativo:

La idea investigativa de este proyecto es recopilar las principales experiencias internacionales en los países OCDE, respecto a la implementación de un postnatal parental y sus efectos sobre la salud del niño, la madre y el padre, lo que permitirá levantar recomendaciones respecto a barreras y oportunidades de implementación en Chile.

“La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es una organización internacional cuyo objetivo es mejorar las políticas para dar una mejor calidad de vida a los ciudadanos pertenecientes a los países dentro de la organización. Su función es generar políticas que fomenten la prosperidad, la equidad, las oportunidades y el bienestar para todos”(17).

“Los países pertenecientes a la organización, los responsables políticos y los ciudadanos en conjunto, buscan designar leyes internacionales y plantear recomendaciones basadas en evidencia para una serie de problemas sociales, económicos y ambientales. Desde el mejoramiento del desempeño económico y la generación de empleos hasta el fomento de una educación fortalecida y la guerra contra la evasión fiscal internacional, se genera un foro y un centro de conocimiento únicos para el análisis y la información, el compartir experiencias, el intercambio de mejores prácticas y el asesoramiento sobre políticas públicas y el establecimiento de normas mundiales”(17).

Al ser Chile un país perteneciente a la OCDE, es que se consideró comparar las mejores prácticas del Postnatal parental, paternal y maternal en los países pertenecientes a la organización.

Este problema debe ser abordado de esta manera, porque la principal justificación para lograr una implementación de esta envergadura es justificarlo en base a la evidencia y de esta manera evaluar el costo/beneficio. La estrategia de abordaje investigativo es la más adecuada en este momento ya que Chile cuenta con apenas 12 semanas de postnatal parental, los que en la mayoría de los casos son tomados por la madre, los que sumados a las 12 semanas de postnatal maternal suman 24 semanas coincidentes con 6 meses. En algunos países, el postnatal es un número fijo de días el cual los padres se pueden dividir de manera como ellos acuerden, sin embargo, en general, son muy pocos los varones que acceden a este beneficio, ya sea por un tema cultural relacionado con la feminidad, como también en darle prioridad a la madre debido a lo importante que es la lactancia sobre todo en los primeros 6 meses de vida y la recomendación de la OMS de idealmente dar hasta los 2 años(13,18,19).

A nivel OCDE, Chile está al final de la tabla en cuanto a días por permiso postnatal parental se refiere(18,20)(anexo 6, gráfico 1), por lo que una extensión de este permitiría generar una mejor salud y calidad de vida para las familias chilenas.

En este momento existe un proyecto de ley presentado por el diputado PPD Felipe Letelier, que busca extender el postnatal parental masculino en 12 semanas(20), lo cual podría acortar la brecha en relación al resto de países OCDE. Además, este estudio podría robustecer al proyecto de ley en curso.

En la elaboración del documento, se plantearon otras alternativas, donde destacó fuertemente la posibilidad de realizar un estudio cualitativo a través de entrevistas abiertas semiestructuradas con actores claves como Ministros de Salud y del Trabajo, Académicos relacionados con el tema y representantes de ONGs relacionadas con la temática, sin embargo, se consideró como primer paso, recabar la información relevante y dejar para un futuro la posibilidad de realizar un estudio cualitativo para abordar la factibilidad de implementación en base a actores clave en el contexto local.

Supuestos del Estudio:

1. A mayor extensión del postnatal parental, mayores beneficios en la salud de los padres y el niño.
2. Las fortalezas y oportunidades son mayores que las debilidades y amenazas en la implementación de un postnatal parental extendido en Chile.

Preguntas de investigación:

¿Cuáles son las principales experiencias internacionales respecto a la implementación de un postnatal parental y sus efectos sobre la salud del niño, la madre y el padre?

¿Cuáles son las principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en la implementación de un postnatal parental extendido en Chile?

Objetivos:

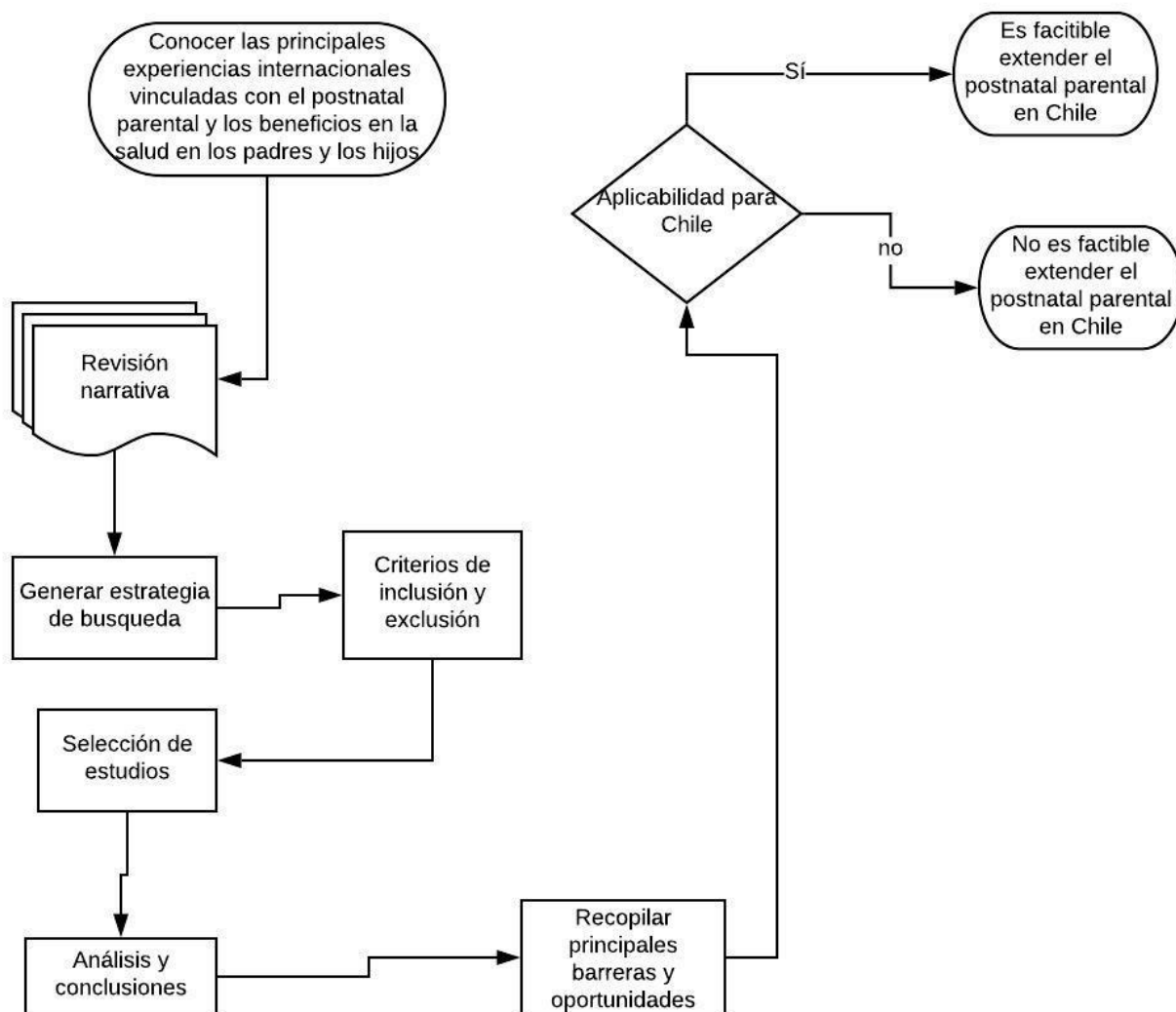
Sintetizar la evidencia científica de la experiencia de cada país OCDE en cuanto a los beneficios en la salud de los padres y los hijos relacionada con el permiso postnatal parental.

Analizar las principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en la implementación de la extensión de un postnatal extendido en Chile.

Levantar recomendaciones para propuesta formal de extensión de postnatal parental en Chile.

Diagrama de integración conceptual-operativo

Figura 1: Diagrama de flujo del presente trabajo de investigación



Método

Diseño del estudio: Metodología mixta (diseño imbricado)(21): Revisión narrativa de la literatura de tipo panorámica(22) y entrevistas semiestructuradas a 2 expertos en el tema y 1 abogado.

Protocolo de investigación – Estrategia de búsqueda: Se realizará una búsqueda en la literatura científica en las bases de datos de PubMed, Science Direct, Scielo, Medline, Lilacs, Clinical Key y JSTOR, utilizando los criterios de búsqueda *parental leave, maternity leave, paternity leave, health, infant health, child health, mother health, father health, barriers and opportunities*. Adicionalmente, se revisarán las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados para identificar otros que no se encontraron en la estrategia de búsqueda inicial. Junto a lo anterior, se utilizará la base de datos de la ILO (International Labour Organization) para establecer cuantos días de postnatal parental tiene cada país de la OCDE y a partir de ahí se clasificará a cada país respecto a la evidencia encontrada en relación a la salud de los padres e hijos.

Los criterios de inclusión serán los siguientes:

- 1.- Estudios primarios, investigaciones y revisiones sistemáticas con los términos de búsqueda en el título y/o resumen.
- 2.- Investigaciones publicadas en inglés y español.
- 3.- Artículos originales.
- 4.- Estudios cuantitativos, cualitativos, analíticos y descriptivos.
- 5.- Información de días de postnatal parental por país otorgada por la International Labour Organization (ILO).

Los criterios de exclusión serán los siguientes:

- 1.- Artículos relacionados solo en lo legal al postnatal parental sin mencionar resultado en salud.

Recolección de la información:

Al ingresar los términos en las bases de datos mencionadas, se leerán los abstract / resumen de aquellos estudios que los títulos se acerquen al objetivo de la investigación. Al leer el abstract / resumen, si este está relacionado al objetivo del estudio, se leerá el artículo completo para recopilar información en relación a la investigación. Posterior a esto, se tabulará en tabla la información de cada país en relación a la evidencia de beneficios en la salud de los padres y el hijo, declarando en aquellos países en donde no se encuentre evidencia este aspecto.

Junto a lo anterior, se realizará entrevista semiestructurada a 1 abogado y 2 expertos en el tema en Chile para recabar información y opinión respecto a barreras y oportunidades de implementación de la propuesta de extensión en el contexto local. Las entrevistas serán audio grabadas y luego transcritas. La selección de los entrevistados será por conveniencia, ya que

se busca saber la perspectiva desde las políticas públicas, desde la academia y desde el ámbito legal.

Análisis de la información:

La información obtenida en los estudios se clasificará en “beneficios para la salud del niño/a”, “beneficios para la salud de la madre”, “beneficios para la salud del padre”, “Barreras de implementación de extensión del postnatal parental”, “Oportunidades de implementación de extensión del postnatal parental”. Se recopilará la información relevante a la implementación concerniente a impacto económico para el sistema de salud, marco legal local y barreras culturales locales. Todo estará separado por cada país OCDE.

El análisis de las entrevistas será según la metodología de análisis de contenido, clasificando las barreras y oportunidades de una posible extensión del postnatal parental en el contexto local chileno. Además, se evaluará el cumplimiento de los criterios de rigor de Guba(23). El abordaje de las entrevistas se realizará desde las áreas de la academia, altas autoridades gubernamentales y desde la perspectiva legal. Esto con el fin de generar triangulación metodológica(24) entre los datos aportados por la revisión narrativa y la opinión de los expertos desde sus distintas perspectivas con el fin de dar una mirada global al fenómeno.

En la Figura 2 se observa el proceso de selección de artículos a revisar para el posterior levantamiento de recomendaciones.

Figura 2: Metodología de selección de artículos y levantamiento de recomendaciones

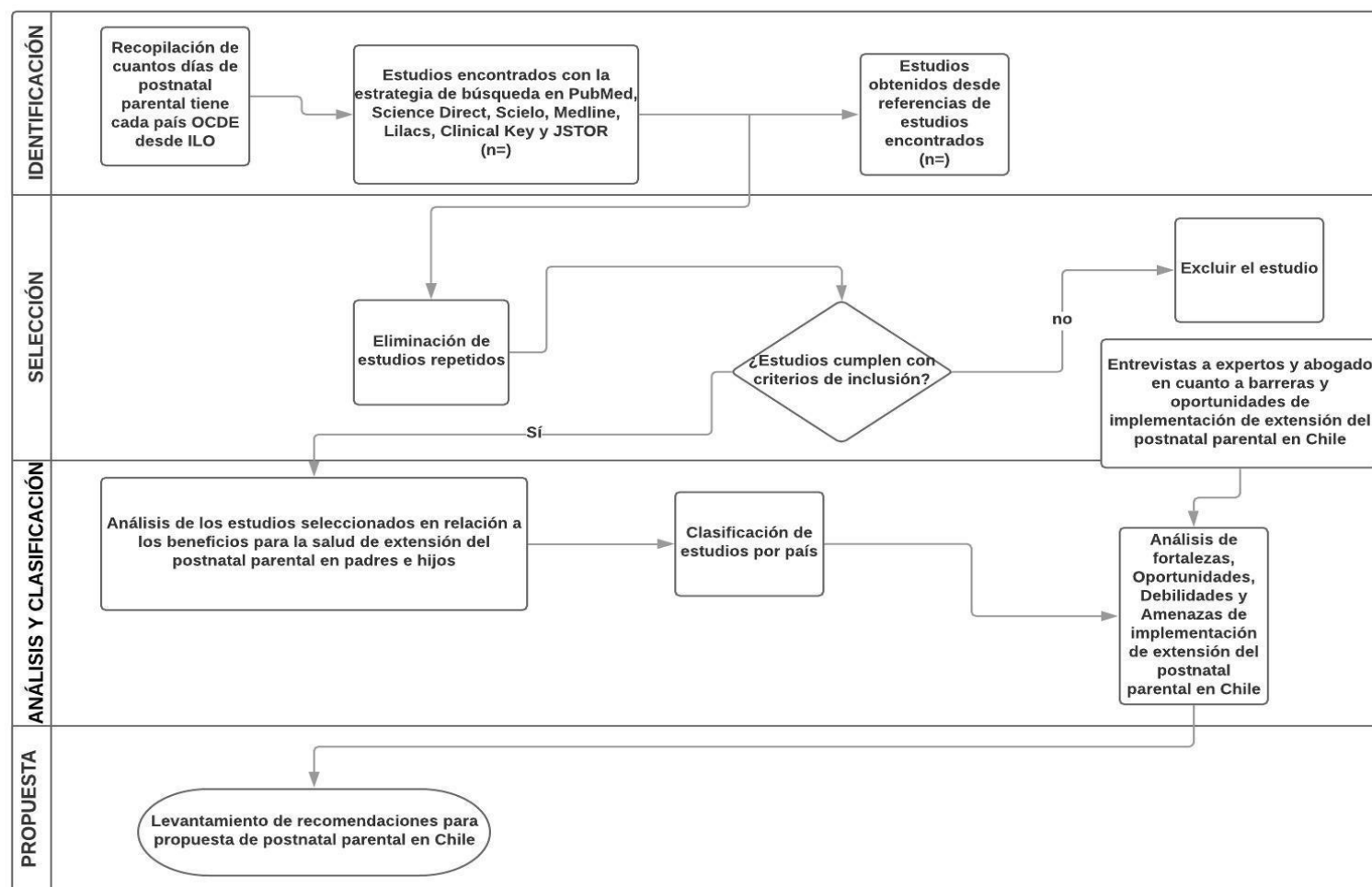


Figura 3: Carta Gantt del proceso de Revisión Narrativa

Carta Gantt	Oct. 2018	Nov. 2018	Dic. 2018	Ene. 2019	Feb. 2019	Mar. 2019	Abr. 2019	May. 2019	Jun. 2019	Jul. 2019
Elaboración de Proyecto de Investigación	X									
Entrega Proyecto Final a comité de ética		X								
Recepción resultados comité. Inicio de estrategia de búsqueda			X							
Lectura de artículos obtenidos en búsqueda						X	X			
Selección y Tamizaje							X			
Análisis de barreras y oportunidades							X	X		
Levantamiento de recomendaciones								X		
Redacción de resultados, discusión y conclusión									X	
Difusión de recomendaciones										X
Publicación de revisión narrativa y recomendaciones										X

Presupuesto:

El Presente proyecto de investigación no contempla presupuesto, ya que será financiado por el investigador.

Aspectos éticos y legales:

Al ser una revisión narrativa, no existen desafíos éticos ni legales en el proyecto.

Se envió la solicitud de aprobación al comité de ética. El 22 de noviembre del 2018 se recibió de parte del comité de ética el certificado de recepción de documentos, con el cuál se certifica la recepción de la Ficha de Presentación de una Nueva Investigación y se da por iniciado el proceso de solicitud de evaluación ética de la propuesta mencionada. El investigador tuvo entrevista de preaprobación de la investigación. Se solicitó dispensa de consentimiento informado, debido a que fue necesario incluir a los actores claves dentro del estudio.

Posteriormente, la tesis fue aprobada por el comité de ética para su realización, ID 181121008, con fecha de aprobación 20 de diciembre de 2018.

Sin embargo, para resguardar la identidad de los participantes, es que no se identifican por su nombre, sino por un seudónimo. Junto a lo anterior, se incluyó un consentimiento informado breve con el objetivo de resguardar la identidad de los participantes y asegurar la confidencialidad de los datos entregados.

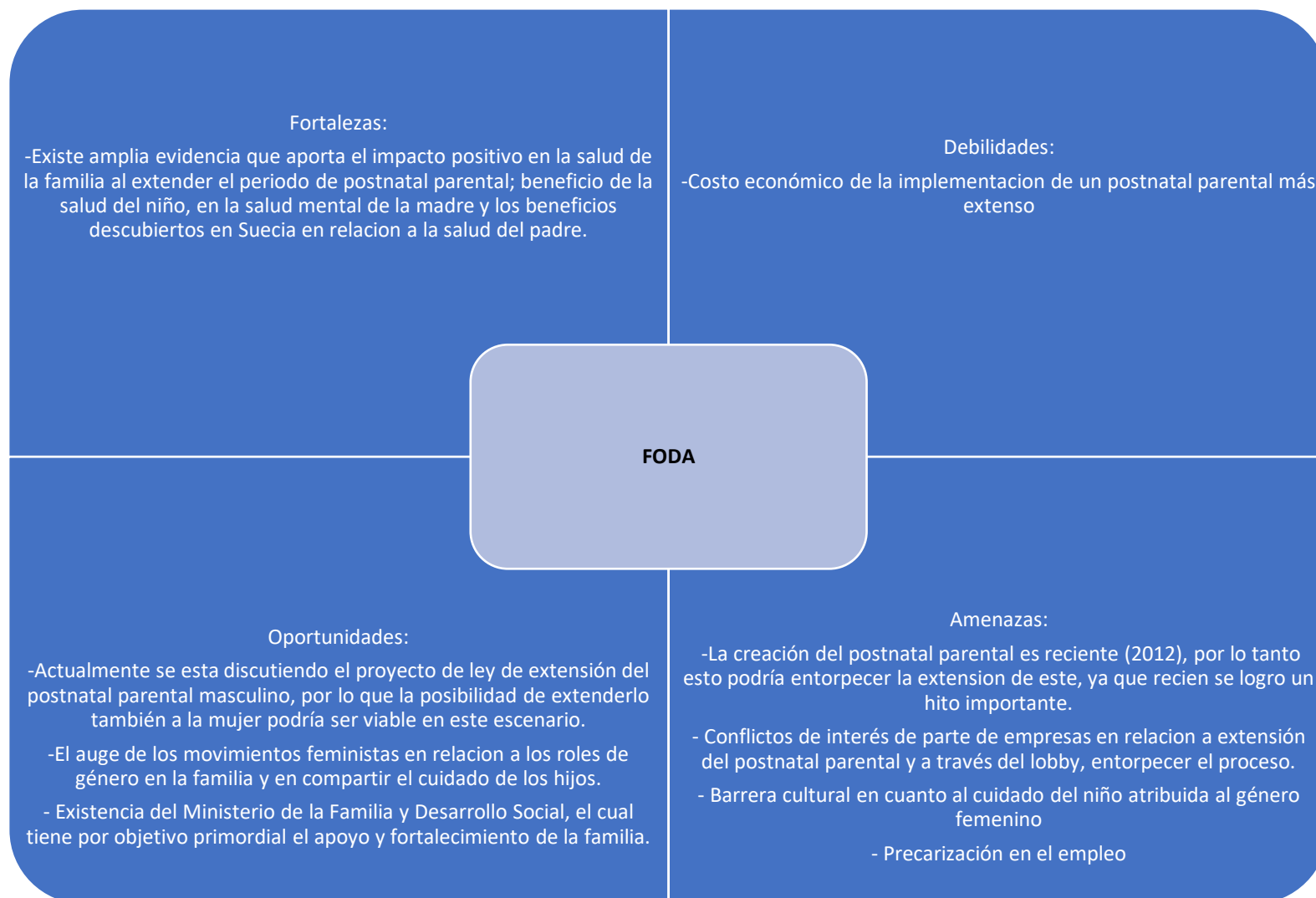
Estrategia de Comunicación / Disseminación:

Se espera que al concluir el estudio en el mes de Julio 2019, se considere al menos una publicación en alguna revista Académica.

Potencial impacto

El contar con suficiente evidencia científica de los beneficios en la salud del postnatal parental tanto para el menor, como los padres y además el conocer las barreras y oportunidades de implementación puede generar una importante posibilidad de que este se amplíe y genere todos los beneficios que aporta la evidencia tanto para la madre, el hijo y el padre. Además, la oportunidad que se presenta en este momento, relacionada con la propuesta legislativa del Diputado Letelier, puede robustecer dicho proyecto.

Figura 4: FODA



Lecciones Aprendidas:

Durante la elaboración de esta propuesta, el investigador tuvo que reformular el proyecto por lo menos 3 veces. Esto debido a distintas causas como tiempos extendidos, desconocimiento de la metodología, evidencia insuficiente, etc. Por lo tanto, una de las cosas que aprendió el investigador, fue a manejar la frustración y a reinventarse para lograr cumplir con su objetivo.

El investigador tiene tiempos muy acotados para poder trabajar en su proyecto, por lo que tuvo que aprender a organizarse de manera muy estricta para poder lograr avanzar y poder concretar la elaboración de este documento, tanto para escribir y recopilar información, como para reunirse con su tutor de tesis.

Resultados:

A continuación, se procederá a describir los estudios que se encontraron clasificándolos por cada país de la OCDE. A fin de lograr una visualización de los datos de forma narrativa, es que se exponen en este segmento los datos. Para visualizar los datos en tabla, ir al Anexo 5. Tabla 3: Estudios en relación a sus resultados.

Se encontró 1 estudio en Alemania, 5 en Australia, 2 en Canadá, 2 en Chile, 1 en Dinamarca, 1 en España, 12 en Estados Unidos, 1 en Noruega, 7 en Suecia, 1 en Suiza, y 9 estudios multipaíses.

No se encontraron estudios en la República Eslovaca, República Checa, Polonia, Hungría, Lituania, Francia, Austria, Letonia, Nueva Zelanda, Israel, Japón, Reino Unido, Corea, Irlanda, Estonia, Eslovenia, Italia, Finlandia, Turquía, Holanda, Luxemburgo, Grecia, Bélgica, Islandia, Portugal y México.

Alemania:

El estudio realizado por *Guertzgen y Hank*(25), estimó la asociación entre la expansión del postnatal maternal de 2 a 6 meses en 1979 y la licencia por enfermedad a largo plazo de las madres durante un período de tres décadas después del parto. El estudio se basó en que las madres al no tener que volver prontamente al trabajo después de haber sido madres, no tuvieron que estar sometidas al doble estrés del cuidado del menor y a la carga laboral, permitiéndoles concentrarse en los cuidados del niño y disminuyendo la incertidumbre con relación a tensión financiera e inseguridad laboral. Junto a estos efectos al corto plazo con el objetivo de reducir el estrés, el estudio hizo la observación de que uno podría esperar efectos a largo plazo, debido a que la falta de protección después del parto podría causar un shock de salud inicial, provocando un deterioro de la salud de forma progresiva a lo largo de la vida del individuo. Una acumulación de desventajas para la salud puede resultar de shocks de salud experimentados tanto durante períodos críticos del curso de la vida(26), como después de eventos vitales críticos(27). Más aun, un retorno más tardío al trabajo, está asociado con mayores posibilidades de iniciar y continuar amamantando por un período de tiempo mayor(28,29), lo que algunos estudios han demostrado en tener una relación positiva en la salud de las mujeres en el corto y largo plazo(30).

Después de realizado el estudio, se encontraron resultados controversiales con la evidencia; Las madres que accedieron al beneficio del postnatal maternal tuvieron licencias por enfermedad más largas que aquellas madres antes de la reforma. Estos resultados se mantienen al ajustar por enfermedades anteriores. El estudio plantea que, al realizar el análisis de los resultados, se observa que antes de la reforma, aquellas madres con enfermedades preexistentes una vez que eran madres, no volvían al mercado laboral por el bajo incentivo en relación a la remuneración. Posterior a la expansión del postnatal maternal, al extenderse el beneficio, las madres enfermas volvían al trabajo, generándose una “selección negativa en salud en el ámbito laboral”. Los investigadores explican que desafortunadamente, los datos no proporcionan información directa sobre los diagnósticos subyacentes a las ausencias por enfermedad de las madres. Sin embargo, plantean que es plausible suponer que los dos diagnósticos cuantitativamente más relevantes en 2014

(trastornos mentales y del comportamiento), así como las enfermedades del sistema musculoesquelético(31), también fueron problemas de salud muy comunes (antes del parto y después del parto) entre estas mujeres.

De acuerdo con las investigaciones que sugieren una asociación positiva entre trabajo negativo, desbordamiento familiar y síntomas depresivos(32,33) o problemas musculoesqueléticos(34), argumentan que estas mujeres probablemente habrían abandonado la fuerza laboral para siempre sin una reforma que les permita tomar una licencia más prolongada, reduciendo el conflicto trabajo-familia por más tiempo, lo que sin embargo, parece haber sido insuficiente para proteger a este grupo especialmente vulnerable de madres de trastornos de salud adicionales.

Australia:

En el estudio realizado por *Gartland y colaboradores*(35), se buscó relacionar la Violencia de pareja en un estudio de cohorte longitudinal durante y después del embarazo, y examinar factores sociales y económicos que favorecen o inhiben la violencia. Mujeres nulíparas fueron reclutadas de 6 hospitales públicos en Melbourne, Australia.

Se realizaron cuestionarios los cuáles contemplaron formas estandarizadas para medir el miedo a la pareja al momento de la inscripción y 12 meses después del parto; y la prevalencia del tiempo de abuso físico y emocional en los primeros 12 meses después del parto. 1,507 mujeres completaron los datos de inicio (media de gestación 15 semanas). Los porcentajes de respuesta a los 3, 6 y 12 meses después del nacimiento fueron 95, 93 y 90%, respectivamente. El 5,1 y el 5,4% de las madres reportaron temor en el embarazo y el primer año después del parto, respectivamente. El 17% sufrió abuso físico y/o emocional en el primer año después del nacimiento.

La mayor parte de las mujeres que mencionaron tener temor de su pareja en el primer año después del nacimiento informaron miedo antes y/o durante el embarazo. Las mujeres que se encontraban trabajando y quedaron embarazadas y que cumplían con los criterios para una licencia maternal pagada tenían una probabilidad significativamente menor de reportar violencia de pareja física y emocional combinada en los primeros 12 meses después del parto en comparación con las mujeres que no trabajaban (Adj. OR 0.21, IC 95% 0.08–0.55). Las mujeres que se encontraban trabajando que no cumplían con los criterios para acceder a la licencia maternal, tenían menos odds de sufrir violencia en comparación con las mujeres que no trabajaban (Adj. OR 0,49; IC del 95%: 0,24 a 1,00). Modelos ajustados por la edad de las madres, estado civil, ingresos y nivel educacional. Pocas púerperas primerizas informaron miedo por primera vez después del nacimiento, lo que sugiere que la violencia de pareja suele iniciar antes del primer hijo. La licencia materna pagada puede tener beneficios sociales más amplios que los beneficios financieros inmediatos para las mujeres y las familias.

El estudio menciona que la organización mundial de la salud (OMS), ha hecho un llamado para entender las causas de la violencia desde un acercamiento ecológico, tomando en cuenta los contextos comunitarios y factores sociales que ayudan a crear un clima en el que la violencia es promovida o inhibida.

Para medir el abuso de pareja, se utilizó una versión abreviada de la escala de abuso compuesto (EAC). La versión abreviada de la escala contempla 18 ítems de acciones cometidas por la pareja que constituyen maltrato físico o emocional. Por cada ítem, se les preguntó a las mujeres que tan frecuente se produjo un comportamiento específico que les afectó durante los 12 meses postparto. Las respuestas en el cuestionario contemplaban las siguientes opciones: Nunca, solo una vez, varias veces, una vez al mes, una vez a la semana y a diario.

En la inscripción, y en las evaluaciones de 6 y 12 meses, se incluyeron 2 ítems para identificar a aquellas mujeres que habían sentido miedo a su pareja previo al embarazo y a aquellas que no.

Junto a lo anterior, los cuestionarios incluyeron categorías en relación a la licencia maternal;

a.- trabajo remunerado en el embarazo y postnatal maternal

b.- trabajo remunerado en el embarazo sin postnatal maternal

c.- sin trabajo remunerado en el embarazo

La asociación del trabajo remunerado y licencia de postnatal maternal con la presencia de violencia de pareja fue examinada usando regresión logística multivariable. El modelo se ajustó por edad de la madre, estado civil, nivel de ingresos y alto nivel educacional.

Comparado con mujeres que no se encontraban trabajando, aquellas mujeres que se encontraban trabajando y tenían acceso al postnatal maternal pagado, tenían significativamente menos probabilidades de reportar abuso emocional y físico combinado, después de ajustar por edad materna, estado civil, ingreso materno y el nivel educacional más alto. Las mujeres que trabajaban pero que no cumplían con los requisitos para acceder al postnatal maternal, tenían reducidas odds (bordeando la significancia estadística) de reportar maltrato físico o emocional que las mujeres que no estaban trabajando.

Después de controlar por un grupo de factores socioeconómicos, aquellas mujeres que eran elegibles para acceder al postnatal maternal tenían el odds menor de reportar violencia de pareja seguidas de las que se encontraban trabajando, pero no tenían acceso al postnatal maternal. Aquellas mujeres que no se encontraban trabajando al momento del embarazo, tenían el odds más alto de presentar violencia de pareja durante el embarazo y durante el primer año de vida del menor.

El estudio realizado por *Whitehouse y colaboradores*(36), a través de datos longitudinales de familias con ambos padres, busco evaluar el impacto de la duración del postnatal maternal en la salud mental de las madres, calidad de crianza y relaciones de pareja.

El estudio encontró que 2 a 3 años después del nacimiento, la angustia psicológica fue significativamente menos probable entre las madres que tomaron más de 13 semanas de licencia remunerada o más 26 a 52 semanas en total. Sin embargo, las que tomaron más de 26 semanas en total fueron más propensas a registrarse como "distantes" en su relación de crianza. El análisis también resaltó la importancia de los permisos para ausentarse en el lugar de trabajo: las madres que experimentaron problemas en el lugar de trabajo durante su embarazo tenían más probabilidades de informar que se sentían apresuradas y calificar su relación de pareja como infeliz de 2 a 3 años más tarde. En general, el estudio subrayó la complejidad del impacto de la licencia, pero afirmó la importancia de la duración de la licencia para la salud mental materna y el apoyo en el lugar de trabajo de los otorgadores de permisos para los resultados maternos y familiares.

Un posnatal más largo se asoció con menor angustia psicológica materna 2 a 3 años después del nacimiento del bebé, después de controlar el entorno laboral y las características del niño, la madre, la familia y el vecindario.

Las madres que tomaron más de 13 semanas de postnatal remunerado tuvieron alrededor de un cuarto de odds de estar angustiadas en relación a aquellas madres que no tomaron postnatal pagado. En este caso, problemas en el trabajo y empleo no permanente no estuvieron relacionados con la angustia de las madres.

Las madres que tomaron un total entre 27 a 52 semanas de postnatal pagado, tuvieron un odds levemente menor de experimentar angustia que aquellas madres que tomaron 26 o menos semanas de postnatal pagado. Sin embargo, aquellas madres que tomaron más de 52 semanas no disminuyeron su angustia de forma significativa en relación a aquellas madres que tomaron 26 semanas o menos.

En conclusión, el estudio sugiere un postnatal maternal pagado mayor a 6 meses, pero no necesariamente mayor a 12 meses.

En el estudio de *Cooklin y colaboradores*(37), los investigadores buscaron la asociación entre la relación madre-hijo, definida como el vínculo emocional materno-infantil, la ansiedad de separación moderna y la lactancia materna, y el estado laboral materno a los 10 meses posteriores al primer parto.

En Australia, cerca del 70% de las mujeres se encuentran empleadas previo al nacimiento de su primer hijo, la mayoría con jornada completa de más de 35 horas a la semana. El 40% de todas las mujeres australianas vuelve al trabajo al año postparto, aunque por una carga de trabajo remunerada reducida.

Existe evidencia internacional consistente de países industrializados comparables, de que la educación materna predice el empleo postnatal(38–41). Aquellas mujeres empleadas en altos cargos con mejores remuneraciones, tienen mayor tendencia a volver a sus trabajos después del parto que aquellas mujeres con empleos peores pagados con cargos bajos o aquellas que se encuentran desempleadas antes del parto(41,42).

La evidencia australiana sugiere que la edad materna mayor, el nivel educacional más alto, el empleo durante el embarazo, estar soltera, y tener un empleo en el sector privado se asocia de manera similar con una mayor probabilidad de participación laboral después del parto(41,42).

La evidencia internacional sugiere que el otorgamiento de una licencia de maternidad remunerada aumenta la tendencia de participación femenina postparto(42,43).

Hasta Enero del 2011, el postnatal maternal pagado no era universalmente provisto por la legislación de Australia, sino que dependía de la discreción del empleador y se estipulaba en algunos acuerdos de negociación en el lugar de trabajo(37). El acceso a esta licencia maternal ha sido limitado, de manera muy variada en los lugares de trabajo australianos y se ofrece de manera inequitativa a las mujeres socioeconómicamente aventajadas(44,45).

La evidencia australiana emergente ha encontrado que la provisión de licencia postnatal maternal pagada se asocia con una tendencia a no trabajar en los primeros tres meses después del parto(46). Esto sugiere que la licencia de maternidad remunerada protege el tiempo de las mujeres fuera de la fuerza laboral pagada para cuidar un bebé, particularmente cuando la necesidad de generar ingresos es una de las principales razones que refieren las mujeres australianas para volver al trabajo después del parto(46,47).

Una desatención importante de las investigaciones sobre el trabajo después del parto ha sido la contemplación de la influencia que la relación madre-hijo en desarrollo podría tener sobre la participación laboral pagada de las mujeres y su disposición psicológica hacia el trabajo durante este período. La relación materno-infantil se puede caracterizar de varias maneras, incluidas las conductas de cuidado que las mujeres brindan a sus bebés, como la lactancia materna, el apego emocional madre-hijo y las preocupaciones de las mujeres sobre la separación del bebé(37).

La leche materna es reconocida mundialmente como el mejor alimento para los bebés, ofreciendo protección contra una serie de resultados de salud a corto y largo plazo, que incluyen infecciones respiratorias y gastrointestinales, obesidad y diabetes(48).

Un estudio emergente sugiere que la ausencia de apoyo en el lugar de trabajo contribuye a la dificultad de continuar con la lactancia materna estando empleada(49,50).

El objetivo de este estudio fue investigar la contribución de la relación materno-infantil, definida como apego emocional madre-hijo, ansiedad de separación materna y lactancia materna, al estado laboral materno a los 10 meses después del primer parto.

Después de la realización del estudio, los principales hallazgos fueron que aquellas mujeres que se encontraban amamantando a los 10 meses postparto era menos probable que se encontraran trabajando, incluso cuando se ajustó por factores demográficos y el uso de postnatal remunerado en el análisis.

Esto indica que el desarrollo de la relación madre-hijo es muy relevante para la disposición psicológica de las madres hacia el trabajo después del primer parto.

El estudio confirma la evidencia australiana existente de que la participación en el empleo está asociada a una lactancia materna más corta(51,52). Lamentablemente, para el momento del estudio, la licencia postnatal parental pagada no se extiende hasta los 6 meses para asegurar el mínimo de lactancia materna exclusiva recomendada por la OMS, dando solamente 18 semanas(53).

Dada la incompatibilidad actual en Australia entre el empleo y la lactancia materna, la capacidad de las mujeres para dar leche materna de forma exclusiva durante seis meses se ve comprometida por las políticas inadecuadas de licencia parental. Una implicación crítica para la salud pública de la licencia parental pagada inadecuada es el riesgo incrementado de resultados de salud adversos, para las mujeres y sus bebés, asociados con el abandono temprano de la lactancia materna(37).

Aunque no hubo diferencias en la calidad del apego entre las mujeres empleadas y desempleadas en este estudio, existieron discrepancias según la condición de empleo de las madres en relación a la atención materno-infantil, puntualmente la preocupación por la lactancia materna y la separación. Muy poca ansiedad de separación de parte de la madre hacia su bebé podría ser un indicio de falta de armonización con las necesidades del bebé. Los hallazgos de este estudio sugieren que el suministro de una ausencia suficiente y segura del trabajo remunerado después del parto, a través de una licencia postnatal pagada, es probable que aumente la oportunidad de las mujeres de desarrollar un apego sensible, afectuoso y seguro con su bebé, que se verá reflejado en que las mujeres tengan una preocupación óptima por ellas mismas y por sus hijos durante los episodios regulares de separación(37).

El postnatal parental remunerado es de especial relevancia en Australia, donde el ambiente sociopolítico actual en el que las mujeres dan a luz es usualmente uno en el que ambos padres trabajan, por lo tanto, tienen que coordinar el cuidado no parental para sus bebés. Ante la inexistencia por el momento de cualquier consejo basado en evidencia, los padres toman decisiones sobre el cuidado no parental dentro de las restricciones externas impuestas por su empleador y el contexto actual de la política de postnatal parental. Muchas madres regresan al empleo después del parto en un "clima de ambivalencia", ya que no cuentan con información apropiada sobre qué tan pronto iniciar una separación regular de su bebé(54).

El postnatal parental pagado de adecuada duración para proteger la relación materno-infantil también facilitaría la protección de la lactancia materna durante al menos la duración recomendada, e incluso probablemente más allá. Como confirman estos resultados, la vuelta al trabajo a menudo se asocia con el término de la lactancia materna. La lactancia materna ahora se reconoce como un problema crítico de salud pública, y los hallazgos confirman que las disposiciones en el lugar de trabajo (interrupciones de la lactancia, educación del empleador, apoyo entre pares, iniciativas de promoción de la salud) son un segmento en el que se deben mejorar las políticas públicas y laborales(37).

En el estudio realizado por *Hewitt y colaboradores*(55), se buscó investigar los efectos en la salud de la introducción de un postnatal parental universal (PPU). Junto con la equidad de género y la participación de la fuerza laboral, una meta del plan (18 semanas de licencia con

el salario mínimo) era mejorar la salud y el bienestar de las madres y los bebés. Los beneficios potenciales en salud de implementar un plan nacional rara vez se han investigado. Los datos se obtuvieron de dos encuestas transversales de madres (que coinciden con su elegibilidad para el permiso parental remunerado), 2347 pre-PPU de la madre encuestada y 3268 post-PPU. Se investigó los beneficios de salud del esquema para las madres, y la medida en que esto varió según las condiciones de empleo y las características laborales antes del parto. En general, se observó una mejor salud mental y física entre las madres después de la introducción del PPU, aunque los efectos fueron pequeños. Las madres post-PPU con contratos casuales (inseguros) antes del parto tuvieron una salud mental significativamente mejor que sus contrapartes pre-PPU, lo que sugiere que la reforma proporcionó beneficios de salud a las madres que estaban relativamente en desventaja. Sin embargo, las madres con contratos permanentes y ocupaciones gerenciales o profesionales también tuvieron una salud mental y física significativamente mejor en el grupo posterior al PPU. Estas madres tenían más probabilidades de combinar el postnatal pagado por el gobierno junto a beneficios adicionales pagados por el empleador, lo que permite una especie de “paquete” de postnatal pagado más prolongado después del nacimiento. En general, el estudio proporciona evidencia de que la introducción de la licencia postnatal pagada ofrece beneficios de salud universales a las madres. Sin embargo, la modesta provisión del PPU de 18 semanas hizo poco para corregir las desigualdades de salud.

Los supuestos planteados por los investigadores es que los ingresos y el tiempo son importantes para la salud. Los ingresos se asocian con una mejor salud(56), al igual que tener un empleo en comparación con estar desempleado(57), y estos beneficios de salud reflejan los recursos materiales y sociales que proporciona el empleo(58). Los ingresos aportan a las familias la capacidad de comprar diversos bienes importantes para el bienestar y esta vía es especialmente importante para los más pobres(59).

Además, tener un bebé aumenta los gastos financieros de las familias, un problema que se agrava si las madres se ausentan del trabajo sin recibir remuneración.

El tiempo también es un recurso que las personas necesitan para su salud, independiente del ingreso. El tiempo con los niños es fundamental para proporcionarles cuidado y un desarrollo saludable, y todo el mundo necesita tiempo para las relaciones, para descansar, comer de forma saludable y permanecer activo a fin de evitar las cargas relacionadas a las enfermedades crónicas.

La escasez de tiempo se refiere a la experiencia de no tener suficiente tiempo, particularmente tiempo libre, y está estrechamente relacionada con la experiencia de estrés(60) con falta de tiempo que se correlaciona con una autopercepción de salud más pobre, problemas de sueño, dolores de cabeza y trastornos digestivos(61). La escasez de tiempo también es un predictor de mala salud mental(62) y podría aumentar el riesgo de enfermedades crónicas debido a que restringe la actividad física, el descanso y la alimentación saludable(59). Por lo tanto, el estudio apunta a que al aumentar el tiempo para dar cuidado sin tener la preocupación de tener que volver al trabajo para percibir un ingreso, genera beneficios para la salud.

Lo más probable es que las mejoras en la salud física de las madres se debió a que las madres hayan demorado en ingresar a sus bebés en la guardería formal, ya que esto aumenta la probabilidad inmediata de contraer enfermedades infecciosas(63). Las mejoras en la salud mental de las madres probablemente surjan de la reducción del estrés resultante de los ingresos seguros y previsibles proporcionados a las madres durante su periodo de PPU y la reducción de la presión del poco tiempo producto de un retorno al trabajo temprano. Por lo tanto, aun cuando las madres australianas ya tenían tiempo en forma de derechos legales de postnatal no remunerado, el derecho adicional a percibir ingresos hasta la semana 18 post parto en base a un salario mínimo, proporcionó a las nuevas madres con ambos recursos (dinero y tiempo).

En el estudio de *Khanam y colaboradores*(64) se busca determinar basándose en uno de los principales argumentos que apoyan el postnatal materno pagado, que el tiempo que la madre se encuentre alejada del trabajo, cerca del nacimiento, significará una mejora en la salud del hijo y su desarrollo. Sin embargo, la evidencia que correlaciona estos vínculos es escasa y hasta hace poco, se sabía poco en cuanto a la relación, si es que existía, entre la salud del niño y el postnatal parental en particular.

Usando un estimador de efectos aleatorios extendido para controlar el sesgo de selección y la heterogeneidad no observada, se emplearon datos de la Encuesta de Licencia Parental en Australia, que es una encuesta dentro del Estudio Longitudinal de Niños australianos, para examinar los efectos de la licencia postnatal parental en medidas de salud infantil y la provisión de insumos de salud al niño. Se encontró que el permiso parental cerca del nacimiento se asoció significativamente con la lactancia materna prolongada, la inmunización al día y otros efectos positivos en algunas condiciones de salud crónicas como el asma y la bronquiolitis. Por ejemplo, los hijos de madres que tomaron una semana adicional de postnatal parental pagado, tienen una menor probabilidad de tener asma y bronquiolitis (1.1 y 0.5 puntos porcentuales menos probables, respectivamente). También tienen una probabilidad ligeramente mayor de ser amamantados hasta el mes y los 6 meses de edad (2.1 y 0.6 puntos porcentuales, respectivamente). Este hallazgo está en línea con el planteamiento del estudio en cuanto al resultado en salud, el cuál predice que una licencia maternal pagada generará un efecto positivo en la salud del niño al aumentar el tiempo en que la madre puede dedicarse al cuidado de los niños. Sorpresivamente, los resultados mostraron que una licencia paternal pagada está asociada de forma positiva con un aumento en niños con asma y bronquiolitis. Una posible explicación de este resultado puede ser que una salud inicial pobre (ej.: bajo peso de nacimiento) del menor puede inducir a que los padres accedan al postnatal parental que en el caso de que el niño no hubiese tenido la condición de salud frágil, no se habrían tomado ningún permiso. También como ya se señaló, la probabilidad de estar al día con el calendario de vacunación fue significativamente menor en aquellos niños que son hijos de padres que no se tomaron licencia postnatal parental. La probabilidad de esta acción decae en 22 puntos porcentuales en el caso de niños en los cuales ninguno de sus padres accedió a un permiso postnatal parental cerca del nacimiento. También, la probabilidad de mantener lactancia materna en 1 y 6 meses aumenta de forma significativa con la duración de la licencia maternal, sea esta pagada o no.

Canadá

El estudio realizado por *Baker y Milligan*(65), se buscó la asociación entre una expansión de la licencia postnatal y un mayor desarrollo precoz del niño. Los datos fueron obtenidos de la National Longitudinal Study of Children and Youth (NLSCY), la cuál es una encuesta nacional representativa de corte transversal de niños que tiene una cobertura completa desde los 0 a 5 años con datos obtenidos a través de 6 recopilaciones bianuales de datos comenzando en 1994-1995 y terminando en 2004-2005. El estudio se enfocó en los niños nacidos en los años cercanos a la reforma; entre 1998 y el 2003. Se pudieron observar a los niños entre los 6 y 29 meses. Al finalizar el estudio, se encontró escaso impacto en el desarrollo de los niños a través de las variables obtenidas de la NLSCY. A priori, las variables de desarrollo que se examinaron proporcionaron una síntesis razonable de las fases del progreso de un niño que podrían verse afectadas por un cambio en el cuidado. Por ejemplo, sin relacionar causalidad del efecto, el logro de ciertos hitos motores o sociales por parte de un niño o su reacción conductual a los cambios en lugares o personas nuevas podría depender de si la mayoría de su cuidado lo proporciona actualmente la madre, o a través del cuidado de otros en su hogar. También el estudio señala que las variables que midió el NLSCY han demostrado ser capaces de medir los cambios como resultado de variaciones en el cuidado materno en estudios anteriores. Por ejemplo, en el estudio de *Sherlock y colaboradores*(66) usaron la misma escala de desarrollo motor y social de la NLSCY de la era 1998-99, comparando a los niños de madres que regresan a trabajar en diferentes momentos después del parto. Se estableció el desarrollo deficiente como una desviación estándar de más por debajo de la media y se encontró que los niños de madres que vuelven al trabajo tienen mayores probabilidades de desarrollar un desarrollo motor y social deficiente comparado a los hijos de madres que no regresan. Este efecto es aún mayor cuando las madres vuelven al trabajo dentro del primer año de vida. Baker, Gruber y Milligan(67) utilizaron varias formas de medidas tanto en el ámbito del desarrollo, la familia, habilidades motoras y sociales del NLSCY y encontraron un impacto negativo en el desarrollo de los niños debido a un gran aumento en el cuidado no otorgado por los padres debido a un cambio en los subsidios para el cuidado infantil en la provincia de Quebec.

Dicho esto, el hecho de que el estudio no haya encontrado cambios en los resultados implica una de dos posibilidades según los autores(65): O los efectos no están presentes, o cualesquiera que hayan sido los efectos presentes, estos no son captados por las variables disponibles en el NLSCY.

Si los efectos no están presentes, todavía se necesita cierta precaución en la interpretación. Una posibilidad es que la estrategia de identificación aborde de manera más eficaz el sesgo de las variables omitidas, y que realmente no haya efectos perjudiciales de un retorno precoz de la madre al trabajo.

Otra interpretación, plantean los investigadores, es que solo se puede observar a los niños hasta los 29 meses, y que el impacto en el desarrollo se evidencie después. Es decir, el impacto puede permanecer latente y manifestarse solo en edades mayores. Esta posibilidad tiene precedencia en la literatura. Por ejemplo, *Brooks-Gunn y colaboradores*(68) reportaron impactos negativos de la vuelta precoz al trabajo de las madres en los puntajes cognitivos

medidos a niños de 36 meses, pero este impacto negativo no se apreció en los puntajes cognitivos a los 15 o 24 meses. Junto a lo anterior, los autores mencionan que las mediciones de la investigación son en su mayoría no cognitivas, ya que parte del propósito del estudio es buscar mecanismos para un impacto positivo de la reforma que se esperaría encontrar en edades mayores sobre la base de estudios anteriores.

Los autores plantean que será posible probar las hipótesis del efecto latente y de no efecto con futuras realizaciones de la NLSCY, lo que proveerá observaciones pre y post reforma del desarrollo cognitivo de los niños.

Si, por el contrario, hay efectos en el desarrollo de los niños a raíz de recibir cuidado de otros y no de sus madres y la encuesta nacional no es capaz de pesquisar estos efectos, esto podría implicar una importante reforma en lo que se refiere a diseño de la encuesta. Si bien las medidas de desarrollo informadas por los padres tienen sus críticas, son parte de la mayoría de las encuestas de niños ya que son costo efectivas, pueden actualizarse de manera regular a través de una entrevista remota y en general son vistas como informativas en relación a varias dimensiones de desarrollo. Si las medidas del tipo disponibles en la NLSCY no son capaces de capturar los cambios que están ocurriendo en el desarrollo, entonces la confianza en las respuestas dadas por los padres podría necesitar una revisión.

Como conclusión, los autores plantean que el objetivo del estudio es evaluar solo la dimensión implicada en el desarrollo relacionada con la licencia postnatal. El estudio señala que existe evidencia de que aumentar el tiempo en el hogar de las madres, genera una extensión de la lactancia materna lo que genera mejoras en la salud tanto de las madres como de los niños(28). También, este último estudio a través de encuestas de auto reporte a la madre no encontró mejoras relacionadas a la salud tanto de ella como la del bebé.

En otro estudio realizado por *Baker y Milligan*(69), se buscó la relación entre la extensión del postnatal maternal y el aumento de la lactancia materna, y como esto influye en la salud de la madre y el hijo.

La investigación encontró que la lactancia materna aumento de forma significativa durante el primer año de vida del menor (más de un mes para las madres candidatas), y en la duración de la lactancia materna exclusiva (más de un mes y medio). Destacó en el estudio el número de mujeres que lograron lactancia materna exclusiva al sexto mes postparto, subiendo de 7.7 a 9.1 puntos porcentuales; más del 39 por ciento de la media antes de la reforma.

Luego rastrearon el aumento en la lactancia materna (y la disminución simultánea en el cuidado no parental) a través de una serie de resultados de salud auto informados que estudios anteriores han vinculado con la lactancia materna. Para ningún resultado se encontraron pruebas sólidas de que el aumento de la lactancia materna haya tenido un efecto beneficioso en la salud. Si bien este resultado puede deberse a algún problema no observado en la forma de medir la salud auto informada, no difiere mucho respecto a los beneficios más modestos de la lactancia materna que se encuentran en las investigaciones que realizan un diseño aleatorio relatan. Sin embargo, los datos fueron obtenidos de la encuesta NLSCY, la cual no es una encuesta de salud propiamente tal, pero tiene dentro de sus preguntas alguno de los

resultados que la literatura ha vinculado con la lactancia materna como una forma de prevención (asma, alergias e infecciones de oído). No fue posible obtener información de cuadros gastrointestinales o de rash cutáneo, otros de los resultados que se ha mencionado que son prevenibles a través de la lactancia materna. El estudio randomizado de *Kramer y colaboradores*(70) no encontró efectos en enfermedades respiratorias al igual que *Baker*. Sin embargo, posteriormente, *Kramer y colaboradores*(71) encontraron tasas significativamente más altas de enfermedades gastrointestinales para aquellos niños que amamantaron de manera exclusiva hasta el tercer mes en relación a aquellos que amamantaron de manera exclusiva hasta al menos el sexto mes, aunque nuevamente no se encontraron diferencias en enfermedades respiratorias o erupciones cutáneas. Sin embargo, como ya se mencionó, *Baker y Milligan* no pudieron obtener información de cuadros gastrointestinales

Chile

En el estudio realizado por *Madrid y colaboradores*(72), se buscó evaluar el impacto de la extensión del postnatal en la adherencia a la lactancia materna. Debido a que la lactancia materna es el mejor alimento para el menor, ya que aporta inmunoprotección, nutrientes y fortalece el vínculo madre-hijo(73). Aquellos niños que reciben lactancia materna presentan menos episodios de diarrea y de enfermedades respiratorias y además con menor gravedad, incluso en condiciones de higiene deficientes(74). Además, los autores mencionan en base a evidencia, que aquellos niños alimentados con lactancia artificial tienen mayor riesgo de asma, diabetes tipo 1, enfermedad celiaca, muerte súbita, hipertensión arterial, enfermedad inflamatoria intestinal, leucemia y linfoma. Además menciona que existe una variedad de estudios que relacionan menor riesgo de obesidad en aquellos niños alimentados con leche materna, y que a mayor duración de esta, menor riesgo de obesidad(75).

La UNICEF y la OMS recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, basado en evidencia contundente y de calidad, e ir introduciendo la alimentación complementaria de manera paulatina, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años o más(76). El estudio también señala que existe una revisión sistemática que observó mayor riesgo de enfermar en niños alimentados con fórmula u otras bebidas diferentes a la leche materna antes de los 6 meses(77).

La introducción de fórmulas tienen como causa más frecuente la percepción de parte de las madres de insuficiente producción de leche para mantener mayor tiempo satisfecho al lactante y la planificación para volver al trabajo(78). Frecuentemente se vincula el empleo materno como una barrera para extender la lactancia materna. Mientras mayor es la jornada laboral, menor es la probabilidad de mantener la lactancia materna, como señala el artículo, ya que madres con jornadas completas tienen mayor riesgo de suspender la lactancia que aquellas autónomas o con jornada parcial las cuales mantienen un tiempo de lactancia no menor a 4 meses(79).

La duración de la licencia postnatal es fundamental para que la mujer se recupere del parto y regrese al trabajo; mientras presta los cuidados necesarios para el o los hijos. Por otra lado, licencias muy largas o licencias solo otorgadas a las mujeres, en especial si no existe

protección laboral, pueden incidir en una baja participación laboral de las mujeres o en su promoción en el empleo remunerado, con los correspondientes castigos laborales(80).

Luego de la reseña planteada, la encuesta nacional de lactancia materna (ENALMA) realizada después de la introducción de la extensión del postnatal (2013), registró un alza de 12% de la lactancia materna al sexto mes post parto (de 44% a 56%). Sin embargo, el estudio señala que esta encuesta se realizó en la atención primaria de salud donde la mayoría de las madres no trabajan, por lo que se aducen otras causas en el cambio de resultado. Los investigadores buscan evaluar el impacto de la extensión del postnatal en la adherencia a la lactancia materna en las madres que trabajan.

Finalmente, el estudio concluye que la extensión del postnatal puede considerarse un factor protector de la lactancia materna.

En el estudio realizado por *Caro y Guerra*(81), se evaluó la tendencia de lactancia materna antes y después de la implementación de la Ley postnatal parental.

Los datos se obtuvieron a partir de los registros estadísticos mensuales (REM) los cuáles son emitidos por los establecimientos de atención primaria en salud y están disponibles en el departamento de información y estadística en salud (DEIS)(82). Luego se consolidaron los datos mensuales para obtener cifras anuales de lactancia materna por región y a nivel país.

A nivel de resultados, al analizar la tendencia de lactancia materna exclusiva al sexto mes en el período 2008 a 2011, se observa una disminución de la prevalencia hasta el 2011 y posteriormente un aumento de esta en el 2013. Esto puede ser explicado por distintas iniciativas que realizó el gobierno en esos años con la idea de promover la lactancia materna, siendo la más importante, tanto en lo económico como en el fortalecimiento del vínculo madre-hijo, la promulgación de la Ley 20.545 en el año 2011, el cuál extiende el periodo de postnatal de 12 a 24 semanas(83).

Dinamarca

En el estudio realizado por *Voldby, Knoth y Vejlin*(5), se analizó la relación entre la duración de la licencia postnatal y la salud física y psicológica de la familia. Esto se realizó a partir de una reforma en la extensión del postnatal y se relacionó en base a las admisiones hospitalarias de la madre y el hijo y la probabilidad de que la madre esté recibiendo antidepresivos. El supuesto del estudio es que un postnatal materno más extenso generará mayores posibilidades de que la madre invierta más recursos en su bienestar y en el del recién nacido. Esto puede ser al aumentar la cantidad de tiempo que pasa con el niño o de forma indirecta mejorando la asignación del tiempo que destina a la familia.

Por ejemplo, si a una madre se le otorga más tiempo para lidiar con su nuevo rol de madre, también puede mejorar de forma indirecta la calidad del tiempo que pasa con el niño. Si mantenemos esta idea, aumentar la duración del postnatal maternal puede influir no solo en la salud del niño, sino también en la salud física y mental de la madre. Los niños cuyas madres toman un postnatal más prolongado pueden lograr un cuidado de mayor calidad en los primeros años de vida, por ejemplo, en forma de lactancia más prolongada, mayor supervisión e interacción con adultos, un mayor sentido de comunidad entre la madre y el

niño, y es probable que estén menos expuestos a las infecciones que son comunes en las guarderías y jardines infantiles, donde los niños interactúan más entre ellos. Dado que la duración del postnatal tiene potencialmente importantes implicaciones para la salud infantil y materna, también puede afectar el bienestar familiar en general y las decisiones familiares como la fertilidad y el divorcio(5).

Se encontró un efecto positivo de la extensión del postnatal materno al disminuir el número de admisiones hospitalarias de la madre, pero en general, la salud y bienestar de las familias aparentemente no se vio afectada a grandes rasgos.

Permitiendo efectos heterogéneos por orden de nacimiento, ingresos maternos y la duración de la educación materna, no se encontró evidencia que sugiriera que un aumento del postnatal materno mejore la salud infantil. Sin embargo, para los resultados de salud de la madre, el análisis sugiere respuestas diferenciales a la expansión del postnatal maternal en todos los subgrupos. Cualquier efecto beneficioso del aumento de la duración del postnatal materno parece ser mayor para las familias de bajos recursos en el sentido de que los efectos beneficiosos son mayores para las madres con más hijos, menores ingresos y menos años de educación.

España

En el estudio realizado por *Oribe y cols.*(84), se buscó estimar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en una cohorte de Guipúzcoa durante los primeros 6 meses de vida del bebé, así como las razones de abandono de esta práctica y los factores asociados.

En cuanto a los resultados, la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria fue del 84%, a los 4 meses fue de 53.7% y a los 6 meses fue de 15.4%. Dentro de las razones más referidas por las madres en cuanto al cese de la lactancia materna, la más frecuente es la causa laboral (31.1%), seguida de la hipogalactia (19.4%). Los motivos que supusieron un periodo menor de lactancia materna exclusiva fueron los problemas de lactancia (1 mes), la escasa ganancia de peso (2 meses), y la hipogalactia (2 meses). En cuanto a quien aconsejó a la madre en el cese de la lactancia, en el caso de la insuficiente ganancia de peso, corresponde al personal sanitario. Cuando los motivos eran hipogalactia y problemas de lactancia, la decisión de abandono fue tomada por la propia madre o por consejo de sus allegados en un 65.1% y un 84.2% respectivamente.

Las causas relacionadas con mayor riesgo de abandono en el periodo cercano al parto fueron que la madre no tuviera contemplado antes del nacimiento de su hijo el tipo de lactancia que iba a seguir, el pertenecer a una clase social baja (manual), ser primigesta y que viviera en las regiones de Goierri y de Urola Kosta. En cuando al cese tardío en relación al parto, el factor principal para frenar la lactancia materna exclusiva fue el tiempo de postnatal maternal. Las madres con licencias de entre 4 y 6 meses mostraron un mayor cese (2.65 veces) de la lactancia materna exclusiva comparadas con mujeres que no trabajaban.

Estados Unidos

En el estudio realizado por *Andres y cols.*(85), se realizó una revisión narrativa de forma sistemática con el objetivo de relacionar la cobertura y utilización del postnatal maternal con la salud de la madre y del niño.

La revisión señala que el resultado más demostrado a lo largo de la literatura en relación al postnatal maternal es la lactancia materna exclusiva, tanto en su inicio y duración, siendo la mayor evidencia, la duración.

La salud del niño no se ha investigado a fondo como un resultado de salud en cuanto al acceso a una licencia maternal, pero la evidencia inicial indica vínculos causales entre la licencia maternal y varios indicadores de salud infantil(86,87). El estudio señala que se requieren más estudios para comprender completamente como las inequidades en la salud de los niños pueden reducirse a través de licencias postnatales.

La relación entre el postnatal materno y la salud mental de las madres ha recibido más atención. Aunque la literatura ha relacionado una mejor salud mental de las madres en relación a un postnatal materno, todos los estudios analizados en la revisión son de naturaleza observacional y la mayoría no son generalizables a la población de los Estados Unidos.

En el estudio realizado por *Lichtman-Sadot y Pillay*(88), se evaluaron los cambios en los resultados de salud de los niños de la escuela primaria después de la introducción del postnatal parental familiar pagado, que proporcionó a los padres un tiempo libre pagado después del nacimiento de un niño. Los resultados en salud (sobrepeso, trastorno de déficit atencional e hiperactividad y problemas de audición) se caracterizan por índices de diagnóstico que solo se recuperan durante la escuela primaria inicial. El estudio comparó niños del nivel kínder que nacieron antes y después del postnatal parental familiar pagado. Los resultados sugieren que luego de la introducción del postnatal parental familiar pagado, los niños californianos experimentaron menores probabilidades de tener sobrepeso, trastorno de déficit atencional e hiperactividad, problemas de audición, e infecciones frecuentes de oído.

Aunque algunas descripciones sugieren una baja en la probabilidad de problemas de comunicación luego del inicio del postnatal parental familiar pagado, estos resultados no son sólidos para varias descripciones alternativas, incluyendo el análisis de placebo y el método de control sintético. Los resultados sugieren que las mejoras en los resultados de salud son impulsadas principalmente por niños de entornos desfavorecidos, es decir, con un rango socioeconómico más bajo y con madres con un nivel educativo más bajo.

En el estudio realizado por *Chatterji y Markowitz*(89), se buscó determinar si el tiempo de licencia de postnatal maternal afecta la salud materna de madres trabajadoras. Se utilizaron dos escalas de depresión y una evaluación de consultas ambulatorias de salud para representar la salud materna. Los hallazgos del estudio sugieren que volver a trabajar más tarde se asocia con una reducción en el número o la frecuencia de los síntomas depresivos. Existe evidencia que asocia, pero no concluye, de que una licencia por maternidad más prolongada se asocia con una menor probabilidad de tener un cuadro de depresión clínica y una menor probabilidad de tener visitas ambulatorias frecuentes durante los primeros seis meses después del parto. Los hallazgos del estudio contribuyen a la evidencia sobre la política de licencia

postnatal materna, que se centra principalmente en los beneficios para la salud y el desarrollo infantil, al evaluar la influencia de la licencia materna más prolongada en la salud de las madres.

Este estudio otorga la primera evidencia de que las políticas que prolongan los permisos de maternidad, como las iniciativas estatales para ofrecer postnatales pagados, pueden tener el beneficio adicional de reducir los síntomas de depresión entre las madres trabajadoras. Sin embargo, el estudio advierte que la mayor parte de la variación en la licencia por maternidad en la muestra de la investigación es pequeña, lo que dificulta la evaluación de los efectos de cambios sustanciales en la política del postnatal maternal, como la licencia familiar remunerada. Además, las limitaciones de los datos pueden haber afectado la capacidad de los investigadores para encontrar efectos estadísticamente significativos de la duración de la licencia de maternidad en la salud materna. Como se evidenció en el estudio, se evaluaron los síntomas depresivos maternos de manera tardía en términos de cuando las madres han regresado a trabajar. El estudio concluye que para comprender mejor cómo la duración de la licencia maternal afecta la salud materna, se necesitan mejores datos sobre la salud física y mental de las madres en los meses inmediatamente posteriores al retorno al trabajo. Estos datos permitirían a los futuros investigadores centrarse en mejorar la comprensión de las formas en que el regreso al trabajo afecta la salud materna.

En el estudio realizado por *Chatterji y Markowitz*(90), se buscó examinar la asociación entre la duración de la licencia parental familiar, que incluye la licencia por parte de las madres y los padres, y los resultados de salud física y del comportamiento entre las nuevas madres. Se usaron datos del “Early Childhood Longitudinal Study - Birth Cohort”, para examinar las evaluaciones de depresión, estado de salud general y uso de sustancias.

Los resultados sugieren que una licencia maternal más prolongada, tanto pagada como no pagada, se asocia con una reducción de los síntomas depresivos, una disminución de la probabilidad de depresión grave y una mejora de la salud materna en general. También, se encontró que tener un cónyuge que no tomó ninguna licencia paternal después del parto, se asocia con niveles más altos de síntomas depresivos maternos. Sin embargo, no se encontró que la duración de la licencia paterna se asocie con la salud materna en general, y solo se encontraron pruebas mixtas de que la duración de la licencia después del parto afecta el consumo materno de alcohol y el tabaquismo (las cuales el estudio asocia con síntomas depresivos).

En el estudio realizado por *Allport y cols.*(91), se relacionó el postnatal paterno (dentro de otros factores) con el involucramiento del padre en la vida de sus hijos y de cómo este involucramiento se asocia a mejores resultados en la salud del niño y la familia.

La participación de los padres en la vida de sus hijos se asocia con resultados positivos de desarrollo infantil, bienestar de los padres y cohesión familiar(92).

Los niños con padres involucrados comparados con niños con padres no involucrados, demuestran un mejor desarrollo cognitivo, emocional y de comportamiento social, así como una mejor salud física (menor mortalidad infantil, menos accidentes graves, menores tasas

de obesidad)(92–95). Tales hallazgos se han documentado desde los 6 meses de edad hasta la edad adulta temprana(96,97).

Los beneficios del involucramiento del padre también se traspasan a los padres, incluyendo menos depresión materna y abuso de sustancias paternas, mejora la autoconfianza y la autoimagen del padre(98,99) y mejora la estabilidad marital y felicidad parental(98).

Por lo tanto, las visitas pediátricas deberían centrarse alrededor de la tríada madre-padre-niño en lugar de la diada madre-hijo sola(91).

El estudio concluye que los pediatras también deberían abogar por una licencia parental pagada como una política que promete promover la participación del padre. Estados Unidos es la única nación desarrollada que no cuenta con una política nacional de licencia parental remunerada, y solo 4 estados tienen actualmente sus propias políticas(100). Una encuesta sugirió que alrededor del 35% de las mujeres, pero solo el 20% de los hombres en todo el país tienen acceso a la licencia parental remunerada(101). El número de semanas de licencia paterna disponibles se asocia positivamente con el tiempo del cuidado paterno y esta relación es más fuerte durante las semanas específicas del padre que durante las semanas transferibles(102). Mejorar las políticas de cuidado infantil podría tener un efecto positivo en la participación del padre, especialmente para los padres que de otra manera no podrían permitirse el lujo de establecer un vínculo con el niño(91).

En el estudio realizado por *Jou y cols.*(103), se explica que Estados Unidos es uno de los tres países del OCDE sin una política nacional que garantice una licencia postnatal pagada a las mujeres trabajadoras que dan a luz. Si bien la licencia maternal se ha asociado con mejores resultados maternos e infantiles en contextos internacionales, se necesita evidencia científica actualizada en el contexto de los Estados Unidos para realizar debates políticos actuales sobre la licencia familiar pagada. A través de los datos de “Listening to Mothers III”, una encuesta nacional de mujeres de 18 a 45 años de edad que dieron a luz entre el 2011–2012, se realizó una regresión logística multivariable para predecir la probabilidad de resultados relacionados con la salud infantil, la salud física y mental de la madre y las conductas de salud por el uso y duración de la licencia postnatal pagada. Los resultados arrojaron que el uso de la licencia maternal remunerada y no remunerada varió de forma significativa según la raza / etnia y el ingreso familiar. Las mujeres que tuvieron licencia maternal pagada experimentaron una disminución del 47% en las probabilidades de volver a hospitalizar a sus bebés (IC del 95%: 0,3 a 1,0) y una disminución del 51% en las probabilidades de volver a ser hospitalizadas (IC del 95%: 0,3 a 0,9) a los 21 meses después del parto, en comparación con las mujeres que no recibieron pago o no tuvieron licencia. También tuvieron 1,8 veces más probabilidades de hacer ejercicio (95% CI 1.1, 3.0) y manejar el estrés (95% CI 1.1, 2.8), en comparación con las mujeres que solo tuvieron licencia maternal no pagada. Finalmente, el estudio concluye en que el postnatal maternal pagado predice de forma significativa menores probabilidades de reingreso materno e infantil a nivel hospitalario y predice mayores probabilidades de tener éxito con el ejercicio y el control del estrés. Las políticas dirigidas a ampliar el acceso a la licencia remunerada de maternidad y familiar pueden contribuir a reducir las inequidades sociodemográficas en el uso de la licencia pagada y sus beneficios de salud asociados.

Además, este tipo de políticas pueden contribuir no solo a reducir los costos en cuanto a disminuir la utilización de los servicios sanitarios y la mejora en las condiciones de trabajo al retener a las trabajadoras con estas medidas, sino también a mejoras inmediatas y a largo plazo en la salud de mujeres y niños(103).

En el estudio realizado por *Huang y Yang*(104), se buscó evaluar la lactancia materna antes y después de la implementación del primer postnatal familiar pagado en los Estados Unidos en el estado de California en el año 2004. Se utilizaron datos del “Infant Feeding Practices Study” para examinar la práctica de la lactancia materna en otros estados antes y después de la implementación del postnatal familiar pagado.

Se encontró un aumento de entre un 3% y un 5% para la lactancia materna exclusiva durante los primeros 3 y 6 meses, y un aumento de entre un 10% y un 20% para la lactancia materna en los primeros 3, 6 y 9 meses.

En el estudio realizado por *Dagher, McGovern y Dowd*(105), se examinó la asociación entre la duración del postnatal con síntomas depresivos, salud mental, salud física y síntomas maternos en el primer año postparto utilizando un estudio de cohorte prospectivo. Síntomas depresivos (escala de Edimburgo), salud mental y física (SF-12 Encuesta de Salud), y síntomas maternos relacionados con el nacimiento del hijo fueron medidos al nacimiento, seis semanas postparto, doce semanas postparto, seis meses postparto y doce meses postparto. Este fue el primer estudio en evaluar los efectos de la duración del postnatal en la salud física y mental de las madres postparto a través de los doce meses siguientes al alumbramiento. Madres primíparas que toman licencias maternas menores a seis meses después del parto, aparentemente tienen un mayor riesgo de tener síntomas depresivos postparto. Licencias maternas más largas tienen un efecto protector en la salud física de las madres en general en las primeras doce semanas después del parto.

Los hallazgos del estudio sugieren la importancia de la licencia maternal como factor protector para la salud física y mental de las madres en un momento crítico de la vida para las mujeres y sus familias.

El estudio realizado por *D’Inverno, Reidy y Kearns*(106), se basa en la premisa de que las políticas de licencia parental pagadas tienen el potencial de fortalecer los apoyos económicos, reducir la discordia familiar y brindar oportunidades para empoderar a las mujeres(107,108). El artículo presenta una teoría del cambio y la evidencia para sugerir cómo la licencia parental pagada puede afectar la violencia de la pareja (VP). Al hacerlo, presentan tres mecanismos de cambio (es decir, la disminución del estrés financiero, el aumento de las prácticas de paternidad equitativas y la promoción de la vinculación entre los niños y los padres) a través de los cuales la licencia postnatal parental pagada podría reducir las tasas de VP. También describen las limitaciones del estado actual del conocimiento en esta área, así como las oportunidades para futuras investigaciones. En última instancia, buscan facilitar la identificación e implementación de enfoques que tengan el potencial de reducir la violencia a nivel poblacional. Los investigadores señalan que el permiso parental pagado representa el potencial de las políticas para cambiar los factores de nivel social y servir como una importante estrategia de prevención para la VP.

El estudio se basa en un modelo teórico en cuál no se describirá en detalle en esta investigación, pero si se señalarán los 3 mecanismos en los que se basa:

Mecanismo 1: El postnatal parental pagado mantiene el ingreso familiar evitando factores de estrés financiero y discrepancia en las relaciones asociadas que pueden incitar a los casos de violencia de pareja.

Mecanismo 2: El postnatal parental pagado aumenta las prácticas de paternidad igualitarias y disminuye el impacto de las interrupciones del trabajo en el avance de las mujeres en el lugar de trabajo, lo que aumenta la equidad de género, que se asocia con tasas más bajas de VP contra mujeres.

Mecanismo 3: La licencia parental pagada brinda a los nuevos padres un período de tiempo para establecer vínculos afectivos con el niño sin conflictos entre el trabajo y las demandas familiares, lo que determina los factores de protección de VP / VPA (Violencia de pareja adolescente) y reduce los factores de riesgo en los jóvenes (por ejemplo, prácticas de crianza saludable, relaciones saludables, buena salud mental de los padres, etc.).

Finalmente, el estudio concluye que a pesar del reconocimiento generalizado de las importantes implicaciones para la salud pública de la VP, un cuerpo de investigación acumulada, un vasto campo de profesionales dedicados y los recursos que se han dedicado a la VP / VPA en las últimas décadas, todavía existen brechas significativas en la prevención de tal violencia(109,110). Esto es seguramente, en parte, debido a la naturaleza multifacética de la VP y la VPA(111), en donde no hay una causa individual para ninguna persona, y no hay un set unificado de causas entre las personas. En consecuencia, las intervenciones verdaderamente efectivas probablemente requieren estrategias multifactoriales que incorporen diversos mecanismos causales en múltiples niveles de la ecología social. Aquí, los investigadores establecieron tres mecanismos potenciales de cambio por los cuales la licencia postnatal parental pagada puede influir en la perpetración de VP / VPA. Por supuesto, estos mecanismos descritos son principalmente teóricos, aunque se basan en vínculos empíricos. En consecuencia, los autores señalan que estas son tres áreas fructíferas de exploración para los investigadores de prevención que investigan la relación entre las licencias parentales pagadas y los resultados de VP.

En el estudio realizado por *McGovern y cols.*(112), se buscó evaluar el impacto del postnatal maternal en la salud de la madre. El principal hallazgo del análisis fue que la duración de la licencia maternal, medida como tiempo libre, tiene un efecto complejo y significativo en la salud materna a los siete meses postparto. El efecto del tiempo libre en la salud materna inicialmente se asoció con una mejor salud y esto aumentó con el tiempo, lo que revela que más tiempo libre se asocia con mejores resultados de salud. Se observó que el efecto positivo del tiempo fuera del trabajo sobre la salud materna comenzó a las 12 semanas después del parto para la vitalidad, a las 15 semanas después del parto para la salud mental, y a las 20 semanas después del parto para la función de rol materno. Sin embargo, la realidad para la mayoría de las mujeres estudiadas es que no experimentaron estos efectos positivos de la licencia porque ya habían vuelto al trabajo. El setenta y cinco por ciento de las mujeres estudiadas habían regresado al trabajo a las 12 semanas, el 85% a las 15 semanas y el 91% había regresado al trabajo a las 20 semanas después del parto. Este último hallazgo, es decir, el efecto tardío de la licencia de maternidad, es consistente con el trabajo de Gjerdingen(113), quien informó que las mujeres con permisos de 6 meses o más tienen mejor salud mental a

los 9 y 12 meses después del parto. Una proporción importante de las mujeres que volvieron al trabajo experimentaron niveles bajos de bienestar en aproximadamente 7 meses después del parto. Muchas experimentaron síntomas infecciosos, como resfriados y gripe: aproximadamente el 25% de las mujeres tenía un síntoma, el 18% tenía dos y el 37% tenía tres o más síntomas. Muchas también experimentaron síntomas no infecciosos, como rigidez en las articulaciones, dolor de cuello o de espalda, etc.: aproximadamente el 30% de las mujeres tenía un síntoma, el 19% tenía dos y el 20% tenía tres o más síntomas. Aunque el efecto independiente de un síntoma en cada variable dependiente fue pequeño, es el efecto acumulativo de varios síntomas en más de una medida de la salud materna lo que genera preocupación por el bienestar de las mujeres trabajadoras después del parto. En relación con las puntuaciones de salud mental, estas se compararon con las de población de la misma edad de las mujeres, y el puntaje de vitalidad fue ligeramente más bajo. Sin embargo, el 70% de las mujeres informó una o más limitaciones en la función de rol materno. Los hallazgos del estudio brindan apoyo a un período extendido de recuperación postparto, más allá de las 6 semanas tradicionales, para muchas mujeres. Los factores que se asociaron a una mejor salud materna a los 7 meses postparto, de acuerdo con la literatura, incluyen la ausencia de síntomas de salud mental deteriorada prenatal; ausencia de enfermedad aguda infantil; más horas de sueño, más apoyo social; menos dificultades para organizar el cuidado de los niños; niveles más altos de satisfacción laboral y menos esfuerzo físico en el trabajo(112).

El estudio concluye en que los resultados sugieren niveles mínimos de bienestar para las mujeres trabajadoras a los 7 meses postparto, un período mucho más largo que la recuperación tradicional de 6 semanas del parto. Esta perspectiva tradicional sobre el período de recuperación posparto se basa en el tiempo requerido para que los órganos reproductores de la madre regresen al estado no embarazado y contrasta con una definición más amplia de bienestar, como se usó en este estudio(114). La visión convencional de una recuperación postparto de 6 semanas puede no adaptarse a todas las mujeres, particularmente a las mujeres empleadas que pueden carecer de la flexibilidad para adaptar sus obligaciones y horarios de trabajo para satisfacer las necesidades de descanso y recuperación durante el año posparto.

En el estudio realizado por *Belfield y Kelly*(10), se usa la “Early Childhood Longitudinal Survey – Birth Cohort”, para explorar el efecto causal de la lactancia materna en el desarrollo a través de los primeros años de la infancia. Se examinaron una serie de resultados de salud, físicos y cognitivos y estos fueron relacionados con una variedad en cuanto a la intensidad tanto de lactancia materna como de fórmula láctea. Se utilizó un modelo empírico ajustado por un número extenso de factores confundentes que también promueven el desarrollo infantil, a través de ecuaciones simultáneas y medidas de puntaje de inclinación para comprender el vínculo entre la lactancia materna y los resultados del niño. Los resultados del estudio asociaron que la lactancia materna comparada con la fórmula láctea, está asociada a mayores probabilidades de tener mejor salud a los 9 meses de nacido. Además, el estudio asocia que aquellos niños que son alimentados a través de lactancia materna están más protegidos contra la obesidad y tienen mejores resultados cognitivos a los 24 y 54 meses. La lactancia materna durante 6 meses o más, aumentó las puntuaciones motoras a los 9 meses. Dentro de los fundamentos del estudio, se mencionan los determinantes de la lactancia materna. El estudio refiere que existen muchos determinantes independientes en cuanto a la decisión de amamantar o no, y como tales, es necesario controlar por varios factores confundentes. Si bien la dificultad con la técnica y la preocupación por el niño de que este recibiendo suficiente leche han sido reportados como obstáculos para la lactancia materna,

el hecho de no poder tomar tiempo de descanso del trabajo es la razón principal para no amamantar(29,69,115), causando que el costo marginal de la lactancia materna sea alto si no existen leyes generosas de licencia por maternidad. Baker y Milligan(69) utilizan la variación en los mandatos de licencia por maternidad a través de provincias en Canadá para demostrar que el tiempo que las madres se ausentan del trabajo, predice la duración de la lactancia materna. Antes del año 2000, a las madres se les permitía un máximo de seis meses de licencia maternal pagada. Para aquellos niños nacidos después del 1 de diciembre del 2000, la licencia de maternidad pagada se extendió a 1 año, generando una variación exógena entre las madres con bebés nacidos antes y después del cambio de política.

En el estudio realizado por Rossin(86), se evaluó el impacto de una licencia maternal sin paga a partir del “Family and Medical Leave Act (FMLA)” de 1993 firmado por Bill Clinton, la cual otorga un mínimo de 12 semanas de licencia maternal sin paga para un poco más de la mitad de las mujeres trabajadoras elegibles, tanto en los resultados de nacimiento infantil como en la salud de los niños.

La estrategia de la investigación utiliza la variación en las políticas de licencia maternal previas al FMLA en todos los estados y la variación en que las empresas están cubiertas por las disposiciones del FMLA. Al usar los datos de “Vital Statistics” y la metodología de diferencias en diferencias, se encontró que la licencia por maternidad condujo a pequeños aumentos en el peso al nacer, disminuciones en la probabilidad de un parto prematuro y disminuciones sustanciales en la mortalidad infantil de niños con madres con educación universitaria y casadas, que eran las más capaces de aprovechar la licencia no remunerada. Las madres de niveles socioeconómicos más bajos no pudieron aprovechar esta licencia no pagada, ya que no pueden permitirse dejar de percibir ingresos y muchas son jefas de hogar al no tener apoyo por parte del padre. En este aspecto, el estudio señala que el FMLA acentúa aún más la inequidad presente ya que los niños de madres de niveles socioeconómicos más bajos tienen menos oportunidades durante la vida por su entorno, además de que son puestos al cuidado de guarderías de baja calidad a muy temprana edad, por lo que son solo las madres de niveles socioeconómicos altos quienes pueden permitirse como se señaló dejar de trabajar por un tiempo. Finalmente, el estudio concluye que, si los hacedores de políticas realmente buscan lograr reducir las inequidades presentes en la salud y bienestar de los niños, debe contemplarse una licencia maternal pagada que permita a las madres de niveles socioeconómicos más bajos otorgar los cuidados y el apego necesario a los bebés como se ha hecho en California y New Jersey.

Noruega

El estudio realizado por Bütikofer y Riise(116) evalúa el impacto de la licencia maternal pagada en la salud materna mediante una reforma que aumentó los beneficios de la licencia por maternidad en Noruega en 1977. Antes de la reforma, las madres tenían derecho a 12 semanas de licencia sin sueldo. Las madres que dieron a luz después del 1 de julio de 1977 tenían derecho a 4 meses de licencia pagada y 12 meses de licencia no pagada. Los resultados sugieren que los beneficios de la licencia maternal protegen la salud materna. La reforma mejoró una variedad de resultados de salud y biomarcadores de madres elegibles, incluyendo el IMC, la obesidad, la presión arterial, el dolor y la salud mental. También se encontró que estas mismas mujeres experimentaban mejor salud general auto informada, tenían menos probabilidades de fumar y mayor probabilidad de participar en ejercicios intensos.

Finalmente, el estudio concluye que los resultados de la investigación implican que la introducción de la licencia maternal pagada tiene importantes beneficios de salud a mediano y largo plazo para las madres, además de los beneficios para los niños que están documentados en la literatura. Considerar estos impactos en las madres es importante para el diseño futuro de la política de permisos familiares.

Suecia

En el estudio realizado por *Månsdotter y cols.*(12), el objetivo inicial fue examinar la relación entre la licencia por paternidad en 1978–1979 y la mortalidad masculina en 1981–2001, y el segundo objetivo fue calcular la relación costo-efectividad de la reforma del seguro parental de 1974 en Suecia, el cuál no se mencionará en este estudio por no ser el objetivo de este.

El principal motivo detrás de la reforma que permitió a los padres tomar un permiso parental pagado en Suecia en 1974 fue lograr una mayor igualdad de género, por ejemplo, aumentar el potencial de los hombres en la esfera del cuidado y de las mujeres en la esfera del trabajo remunerado(117). Una división más equitativa de la licencia parental en el comienzo de la paternidad fue vista como un prerrequisito para una división más equitativa de los deberes futuros de ambos padres(118). El punto de partida de este estudio es que el derecho a la licencia paterna también puede haber tenido otras consecuencias, incluidas mejoras de salud entre los hombres.

Este estudio demostró que los padres que se encontraban con licencia parental en 1978-1979 tenían menor riesgo de muerte que aquellos padres que no lo estaban, lo cual estuvo de acuerdo a las expectativas de los investigadores. Se señala en el estudio que existen 2 posibles explicaciones detrás de este hallazgo: puede deberse a una relación causa efecto o puede representar una asociación basada en la selección de salud. El conjunto de datos de los investigadores no permite examinar los factores mediadores (además de la convivencia y la educación) que podrían operar entre la licencia paterna y los resultados de salud posteriores, y carece de información sobre los padres antes de 1978, es decir, solo pueden especular sobre la explicación válida.

La licencia paterna genera una desviación de la masculinidad tradicional. Por lo tanto, podría asociarse con el desarrollo de estilos de vida más similares al papel tradicional de la mujer, como la disminución del consumo de alcohol, la mejora de los hábitos alimentarios y el aumento de la aversión al riesgo, lo que afectaría la mortalidad de manera positiva. Otra razón potencial para la disminución de los riesgos entre los hombres con licencia paterna, señalan los autores, es la expansión saludable de los roles en la vida. En el posible vínculo entre la licencia paterna y mejor salud también se incluyen condiciones tales como el divorcio, el número de hijos, la licencia de paternidad posterior, el desarrollo de ingresos, etc. Por ejemplo, las investigaciones han demostrado que las parejas en las que el padre toma la licencia paterna son más estables que otras parejas(119), y que padres solitarios tienen mayor riesgo de mortalidad que aquellos padres que cohabitan(120). Por lo tanto, el hallazgo de que los hombres que tomaron licencia paterna tenían más probabilidades de cohabitar con la madre de su hijo en 1985, apunta a apoyar la explicación de los mecanismos causales.

Otro hallazgo que indica que la licencia paterna puede haber conducido a cambios relacionados con la salud es el patrón de efecto de la dosis de 5% (11-20 días) a 29% (61-90 días) en relación a la disminución de la mortalidad. Sin embargo, la disminución del riesgo de mortalidad a causa de la extensión del postnatal paterno disminuye al alcanzar los 90 días, donde aquellos hombres que tomaron más de 90 días no tuvieron menores riesgos de morir.

Los investigadores plantean que una explicación tentativa a este fenómeno es que los beneficios en la salud son contrarrestados con el estrés relacionado con la salud, al ser hombres pioneros en cuanto a actuar en contra de la tradición de masculinidad. Otra explicación es que este punto anterior puede reflejar circunstancias del mercado laboral en lugar de ambiciones en cuanto al cuidado infantil.

Los autores refieren que la relación demostrada entre la licencia paternal y la mejor salud de estos hombres ciertamente también refleja una selección relacionada con la salud previa; Un hombre que tenía la ambición de ausentarse del trabajo para cuidar a su bebé a fines de la década de 1970 probablemente no era la peor víctima de un comportamiento masculino dañino para la salud. Es decir, muchos de los padres que tomaron licencia de paternidad en el estudio, probablemente tenían más conciencia de la salud que otros padres y habrían tenido menores riesgos de salud también sin la licencia de paternidad.

En el estudio realizado por *Lundberg y cols.*(121), los autores evalúan si el permiso parental de los padres puede considerarse un factor de riesgo mayor para las lesiones infantiles en relación a las madres.

Se emplearon dos enfoques para la investigación. En primer lugar, utilizando un diseño ecológico, se contrastaron las tendencias temporales de las lesiones infantiles y las licencias de paternidad basadas en datos nacionales suecos agregados. Luego se realizó un estudio individual, establecido en una cohorte basada en el registro sobre el permiso parental, lesiones infantiles y factores de confusión (datos sociodemográficos parentales).

El estudio no apoya la conjetura de que los padres, como cuidadores, exponen a sus hijos a un mayor riesgo de lesiones que las madres. En primer lugar, un aumento constante en la participación de los padres en el permiso parental no fue paralelo a cambios notables en la tendencia a la baja de las tasas de lesiones en los niños (edad 0-4 años). Aunque esta forma ecológica de evidencia es débil de demostrar a nivel individual, sugiere al menos que la licencia paternal no deja afuera, a nivel país, las medidas de seguridad promovidas e implementadas para proteger a niños pequeños de lesiones(122,123). La importancia de la supervisión parental (cualquier padre) en las lesiones de los niños ha sido un tema recurrente en la literatura(124,125) y actualmente representa un área de debate importante(126,127). La evidencia existente está lejos de ser convincente y es extremadamente condicional al contexto(124,125).

Además, a nivel individual, para niños de la misma edad, no hubo diferencias significativas en los riesgos de lesiones cuando los padres tomaron el permiso parental en lugar de las madres. Más aún, las tasas brutas de incidencia sugieren que los niños más pequeños (hasta 18 meses) podrían ser hospitalizados por lesiones e intoxicaciones en mayor medida cuando las madres están de licencia, pero esta diferencia desaparece después de controlar la edad de los padres, el nivel educativo, la clase ocupacional y país de nacimiento.

Como pieza adicional al complejo rompecabezas relacionado con la asociación entre la supervisión de los padres y las lesiones infantiles, agregan lo siguiente: "Los padres pueden hacerlo tan bien como las madres". No obstante, al igual que muchos otros estudios, los resultados no arrojan luz sobre qué tipo de atención en cantidad y calidad son adecuadas para la seguridad y el desarrollo del niño(128). Además, como los investigadores carecen de medidas de supervisión a nivel individual, el grupo de padres con permiso parental, al igual que el grupo de madres, puede incluir a los que carecen de habilidades parentales, a los que toman mayores riesgos, y eventualmente a los que lo están haciendo bien, ya sea porque están siendo protectores por naturaleza o están rutinizados en el cuidado por la experiencia. Por lo

tanto, el efecto observado puede reflejar una variedad de cualidades de cuidado y estilos de supervisión entre los padres.

En el estudio realizado por *Nörstrom y cols.*(129), se buscó explorar la asociación entre el grado de igualdad de género de los padres en el cuidado infantil y la salud mental de los niños. Los investigadores explican que el progreso hacia una paternidad con igualdad de género podría tener efectos beneficiosos y perjudiciales en el estado de salud mental de los niños. El estudio sugirió que tener padres con igualdad de género en relación con el cuidado infantil temprano (licencia parental) implica un mayor riesgo de atención mental ambulatoria para la depresión entre los niños varones (en comparación con los padres tradicionales) y un mayor riesgo de prescripción de medicamentos para la ansiedad entre las niñas (en comparación con tener padres tradicionales y no tradicionales). Existen varias explicaciones potenciales de los resultados refieren los autores y recomiendan que el estudio se considere provisionalmente mientras se espera apoyo o contradicción en futuras investigaciones.

Finalmente, los autores refieren que la cohorte parental es de finales de los años ochenta. Esto significa que las consecuencias entre padres e hijos de ser diferentes de la norma de género con respecto a la vida familiar, podrían haber sido mayores en la población estudiada que en las familias con igualdad de género en la actualidad. Suecia fue el primer país del mundo que permitió a los padres tomar un permiso parental pagado en 1974, con el motivo de aumentar el potencial de los varones en la esfera del cuidado y de las mujeres en la esfera del trabajo(117). Desde entonces, la participación de los padres en el permiso parental se ha incrementado enormemente, de 0.5% en 1974 a 5.2% en 1980, 7.4% en 1990, 12.4% en 2000 y 23.1% en 2010 (Agencia de Seguro Social). Una explicación del aumento es la introducción de los llamados "días de papá", es decir, la reserva no transferible de 30 días para el padre en enero de 1995 y la extensión a 60 días en enero de 2002. En general, los autores refieren que la transformación de los hallazgos a la situación sueca actual debe hacerse con precaución. La relevancia para otros países depende del grado de oportunidades formales e informales para actuar en contra de las normas de género tradicionales con respecto a la vida familiar en el entorno específico.

En el estudio realizado por *Månsdotter y cols.*(130), el objetivo era analizar si el riesgo de daño por alcohol difiere entre los padres que se ajustan a un estereotipo de rol de género en comparación con aquellos con una división menos estereotipada del rol de género del cuidado infantil y el trabajo remunerado.

Los principales resultados muestran que los hombres que tomaron licencia paterna tuvieron un 18% menor riesgo de tener consultas médicas relacionadas con el alcohol con o sin resultado de muerte que otros padres. Las madres que trabajaron a jornada completa cerca de 2 años después de tener un hijo tuvieron un 71% mayor riesgo de consultas médicas relacionadas con el alcohol con o sin resultado de muerte que aquellas madres que se encontraban desempleadas o trabajaban media jornada.

Una implicación del sistema de roles de género es que el significado de cuidado infantil y trabajo remunerado depende del género. Por ejemplo, los hombres pueden recibir elogios por tomar la licencia parental, mientras que las mujeres pueden sentirse mal por trabajar fuera de la familia. En consecuencia, las razones y las consecuencias del consumo de alcohol difieren entre los sexos.

Sin embargo, el estudio muestra que los padres que adoptan tareas de cuidado infantil tienen un menor riesgo de consultas médicas relacionadas con el alcohol y consumo de alcohol con

resultado de muerte, y que las madres que trabajan jornada completa cerca de haber tenido un hijo tienen un mayor riesgo. Los autores llegan a la conclusión de que es probable que una división menos estereotipada de género de los deberes de los padres contribuya a disminuir la inequidad de género en las enfermedades, lesiones y mortalidad relacionadas con el alcohol.

En el estudio realizado por *Månsdotter y Lundin*(13), el objetivo fue examinar las asociaciones entre la "masculinidad" (evaluada a la edad de 18 a 19 años), el permiso de paternidad (1988-1990) y los patrones de mortalidad (1991-2008) en función de una población de hombres suecos que tuvo un hijo en 1988/89. La "masculinidad" se midió durante el proceso de reclutamiento militar obligatorio por parte de un psicólogo basado en intereses de ocio y ocupacionales, y la licencia de paternidad se midió en días completos por los datos del registro.

En los resultados, se encontró que una medición baja de "masculinidad" estaba asociada con un riesgo aumentado de mortalidad por cualquier causa, mortalidad relacionada con el consumo de alcohol, y mortalidad por otras causas violentas aparte del suicidio, mientras que la licencia parental de más de 30 días, pero menos de 136 días estuvo asociada con una disminución del riesgo de mortalidad por cualquier causa entre los hombres suecos que tuvieron hijos en 1988/1989. La "masculinidad" medida a la edad de 18-19 años no fue decisiva para la licencia parental en el futuro en cuanto su nivel (1988-1990), y tampoco funcionó como confundente ni moderó la asociación entre la licencia paternal y la mortalidad (1991-2008). De manera similar, la licencia paternal no fue un mediador en la asociación mortalidad-masculinidad.

El estudio concluye que la masculinidad y la licencia de paternidad funcionan a través de vías causales separadas hacia la mortalidad. En general, las estrategias dirigidas a expectativas menos estereotipadas de género sobre lo que un hombre "debería hacer" son, en general, susceptibles de beneficiar a la salud masculina y potencialmente reducir la brecha de género en la longevidad.

En el estudio de *Johansson, Wennberg y Hammarström*(131), el objetivo fue investigar el permiso parental en relación con el aumento de la actividad física entre hombres y mujeres. La inactividad física es un problema prominente de salud pública en países de ingresos altos y medios(132), y puede variar según el nivel de igualdad de género en un país(133,134). Alta igualdad de género a nivel de país (en el mercado laboral, en la esfera política y dentro de las familias) se asocia con la participación igualitaria en la actividad física de hombres y mujeres, mientras que la desigualdad de género se asocia con una menor actividad física entre las mujeres(133,134). Estos hallazgos se basan en índices de igualdad de género a nivel nacional, incluidos factores como la relación salarial entre hombres y mujeres, la disponibilidad de guarderías infantiles financiadas por el gobierno, la duración de la licencia de maternidad, el porcentaje de mujeres en puestos legislativos o administrativos y la participación de las mujeres en la fuerza laboral(133,134). La importancia de la equidad de género a nivel individual, por ejemplo, la división de las responsabilidades en cuanto al trabajo en el hogar v/s la obtención de ingresos, permanece desconocida.

El primer supuesto de que para los hombres una licencia parental más larga estará asociada con un aumento en la actividad física, fue confirmado de manera provisoria. Los hombres que toman licencias parentales más largas aparentemente son más propensos a aumentar su nivel de actividad física entre aquellos que son jóvenes y aquellos de mediana edad, pero no

son más propensos a alcanzar las recomendaciones de la OMS a los 42 años. El segundo supuesto arrojó que para las mujeres parece no haber asociación entre la duración de la licencia parental y la actividad física posterior. La actividad física de las mujeres aumentó más que la de los hombres durante el período, incluso sobrepasándolos. Esto es poco común desde una perspectiva internacional, pero corresponde a la tendencia en Suecia, donde el tiempo de ocio dedicado a la actividad física ha aumentado más entre las mujeres que entre los hombres desde 1995 al 2007, alcanzando niveles equitativos o incluso superiores para las mujeres(133,135).

Existen varias posibles interpretaciones del porque la licencia parental puede estar asociada al aumento de la actividad física entre los hombres. Un estudio canadiense mostró que el comportamiento sedentario disminuye para las mujeres cuando se convierten en madres pero no para los hombres cuando se convierten en padres, en una muestra donde solo las madres tomaron licencia parental(136). En España, se ha demostrado que el ser padre está asociado con más horas laborales, lo que genera una disminución del tiempo de ocio dedicado a la actividad física(137). Ambos estudios mencionados arriba representan contextos o periodos de vida en los que las mujeres tomaron la responsabilidad principal en el cuidado de los niños y los hombres en el sustento del hogar.

El estudio concluye en cuanto a que la dinámica familiar puede cambiar para que las responsabilidades tanto del cuidado de los niños como el sustento sean provistas por ambos padres. Esto puede generar una mejora en la autoeficacia de los hombres y en la motivación de realizar actividad física, así como en la organización de las prioridades en cuanto al trabajo y al tiempo de ocio.

En el estudio realizado por *Månsdotter y cols.*(138), se buscó examinar la relación entre los aspectos de la igualdad de género y la salud de la población basándose en la premisa de que las diferencias de salud entre los sexos son causadas principalmente por el sistema de género. La exposición de la igualdad de género se muestra en la división de los padres en cuanto a los roles de proveer ingresos y la posición ocupacional (esfera pública), y la licencia parental y el cuidado temporal de niños (esfera doméstica). Las personas fueron clasificadas según estos indicadores durante 1978–1980 en diferentes categorías; aquellos en igualdad de condiciones con su pareja y aquellos que tradicionalmente o no tradicionalmente eran desiguales. La salud se midió por los resultados de muerte durante 1981-2001 y por licencia médica por enfermedad durante 1986-2000. Los datos se obtuvieron al vincular información individual de varias fuentes nacionales. El método estadístico utilizado es el de las regresiones logísticas múltiples con odds ratios como estimaciones de riesgos relativos.

Los principales hallazgos señalan que en la esfera pública se muestra que las mujeres tradicionalmente desiguales tienen menores riesgos para la salud en comparación con mujeres iguales, mientras que los hombres tradicionalmente desiguales tienden a tener mayores riesgos para la salud en comparación con los hombres iguales. Desde la esfera doméstica se indica que tanto hombres como mujeres corren mayores riesgos de muerte y enfermedad cuando son tradicionalmente desiguales en comparación con iguales.

Algunos investigadores creen que el sistema de género actual contrarresta principalmente la salud femenina(139), mientras que otros afirman que constituye principalmente un riesgo para la salud de los hombres(140). Sin embargo, el indicio subyacente en muchas investigaciones es que la igualdad de género, definida como más o menos similitud entre los sexos en todas las esferas de la vida(141), tendría poca o ninguna incidencia en la salud de cualquiera de los sexos.

Básicamente, las mujeres adoptaran los comportamientos y deberes que promueven y que dañan la salud tradicionalmente vinculados a los hombres, y viceversa.

La hipótesis de convergencia ha sido difícil de verificar debido a la falta de datos para ambos sexos y para las esferas doméstica y pública. Sin embargo, se sabe que los hombres utilizan comportamientos perjudiciales para la salud como medio para demostrar su masculinidad(142), y que el exceso de mortalidad de los hombres se debe en parte a factores que son más aceptados entre los hombres que entre las mujeres (alcohol, violencia, riesgo, etc.)(143–145). Es decir, si los hombres abandonan la masculinidad convencional, o si las mujeres la adoptan, las diferencias de salud entre los sexos disminuirían. Además, se propone que las mujeres en general evitan los riesgos para la salud y tienen vidas más largas debido a su rol de cuidado primordial y concreto de los niños(146). En consecuencia, si los hombres estuvieran más comprometidos con el cuidado de los niños, podrían adoptar una actitud promotora de la salud.

Tradicionalmente, el papel principal de los hombres en la vida ha sido el trabajo productivo y la responsabilidad de mantener a la familia, mientras que el papel primario de las mujeres ha sido el trabajo en el hogar y el cuidado de la familia(138). A medida que esta división de roles se ha ido aflojando, el análisis de la relación entre el sistema de género y las diferencias en la salud de los sexos, también debe considerar el impacto en la salud de tener múltiples roles(147). Según la hipótesis del estrés, las personas con muchas responsabilidades y ocupaciones experimentan más presión, mayor conflicto y por ende una mala salud; la razón es que el papel principal en la vida es tan difícil que los deberes adicionales ponen en riesgo la salud(148). La hipótesis de la expansión propone lo contrario; las personas con muchos roles tienen ventajas para la salud en comparación con otras, ya que pueden compensar el estrés en un área con circunstancias positivas en otras áreas. La mayor parte de las investigaciones en múltiples roles está relacionada con las mujeres (ya que en general poseen más en relación a los hombres) y concluyen que existen posibles problemas de salud al haber múltiples roles, pero que estos son menos graves que aquellos asociados a tener muy pocos roles(149–151). Estudios en hombres han reportado que el trabajo y la calidad del rol parental (no el hecho de ser padres) predicen el estado de salud(152), y que roles múltiples implican ventajas en el estado de salud(153). Los investigadores concluyen en que roles múltiples parecen beneficiar en términos de salud a ambos sexos siempre y cuando el nivel de estrés no sea excesivo.

Por lo tanto, el postnatal parental mientras más extenso sea, contribuye a generar igualdad de roles en la esfera del cuidado y, por lo tanto, genera beneficios en términos de salud para ambos sexos.

Suiza

En el estudio realizado por *Staehelin y cols.*(154), se realizó una revisión de la literatura en relación a la asociación entre postnatal maternal y la salud de las madres y los niños. Además, se buscó evaluar la situación de Suiza en relación a la nueva política de postnatal maternal implementada en el año 2005.

Con respecto a los resultados, se mostró una asociación positiva entre la duración de la licencia maternal y la salud mental de la madre y la duración de la lactancia materna, junto a una mayor calidad de interacciones madre-hijo. Licencias postnatales más extensas también se asociaron con una menor mortalidad perinatal, neonatal y postnatal, junto a una disminución de la mortalidad infantil hasta el quinto año de vida. Sin embargo, los estudios

fueron obtenidos de estudios ecológicos. El estudio menciona que existe menor evidencia en cuanto a otros resultados en salud. De acuerdo a los 13 estudios analizados en la revisión, se encontró poca evidencia empírica en la asociación de la duración de la licencia maternal y la salud materna e infantil. El único resultado investigado en varios estudios fue la salud mental de la madre (depresión, salud mental general).

Los beneficios en salud fueron variados para diferentes puntos de salud y dependiendo de la duración de la licencia maternal. Incluso para licencias cortas (8 a 12 semanas), una disminución en los síntomas depresivos maternos, una mejora en la calidad de las interacciones madre-hijo, mejor vitalidad, como también mayores periodos de lactancia materna se documentaron en comparación a un grupo de referencia con 6-9 semanas de licencia maternal. Para períodos intermedios de licencia maternal (12-25 semanas), se observaron mejoras en cuanto a la duración de la lactancia materna, para la salud mental en general (depresión, ansiedad, afecto positivo, satisfacción con la vida), desempeño del rol maternal, como también una disminución en la mortalidad perinatal y neonatal, mientras que licencias maternas más largas (más de 25 semanas), se asociaron con una disminución de la mortalidad post-neonatal y del niño. No se observaron asociaciones para otros indicadores como visitas a clínicas o al médico dentro de los primeros seis meses postparto, siendo este un indicador resumido del estado de salud en el primer año postparto, dolor de espalda, falta de sueño y ansiedad.

La nueva política en Suiza extiende la licencia maternal para un número considerable de mujeres hasta las 14 semanas postparto. Con esta extensión, se esperan menos síntomas depresivos y una duración en el tiempo de la lactancia materna más extensa, mientras que otros beneficios observables en resultados de salud podrían garantizar licencias más largas. Finalmente, el estudio concluye que una licencia postnatal más larga seguramente producirá beneficios en la salud. La nueva política de licencia maternal probablemente mejorará la situación de aquellas mujeres que previamente se les otorgaba una licencia mínima y/o se encontraban con otros riesgos sociales.

Estudios Multipaíses

En el estudio de *Heuvel y cols.*(155), se investigó la influencia de las políticas redistributivas específicamente en el entorno social del desarrollo temprano del niño en cinco países con diferentes tradiciones políticas (Cuba, Estados Unidos, Suecia, Países Bajos y Canadá).

El objetivo de este análisis fue resaltar las similitudes y diferencias en los servicios sociales y de salud entre los países, y sus asociaciones con otros resultados de salud que pueden informar mejor las políticas globales de desarrollo infantil temprano y mejorar la salud y el desarrollo infantil temprano.

En cuanto al método, se seleccionaron cuatro determinantes sociales del desarrollo infantil temprano para proporcionar un corte transversal de los períodos de tiempo claves en la vida de un niño desde la etapa prenatal hasta el jardín de infantes. Estos determinantes fueron:

1.- Atención prenatal, 2.- Licencia maternal, 3.- atención medica del niño y 4.- cuidado y educación temprana infantil.

En cuanto a los resultados, aunque un análisis comparativo no puede afirmar causalidad, el análisis realizado sugiere que las políticas redistributivas dirigidas a reducir las desigualdades sociales se asocian con una influencia positiva en los determinantes sociales del desarrollo infantil temprano. Las políticas redistributivas generosas se asocian con un mayor subsidio y licencia por maternidad y más consultas preventivas de salud infantil. Se observó una

tendencia decreciente en la mortalidad infantil, la baja tasa de peso al nacer y la tasa de mortalidad de menores de cinco años con un aumento en las políticas redistributivas. No se observó una influencia clara de las políticas redistributivas sobre la lactancia materna y las tasas de inmunización. En el análisis del cuidado y la educación temprana infantil, fue evidente la falta de medidas uniformes de los resultados del desarrollo infantil temprano.

Suecia, el país con las mayores políticas redistributivas en general, mostró los mejores resultados de desarrollo y salud infantil temprana. Los países con las políticas menos redistributivas, como los Estados Unidos, generalmente tuvieron un desempeño pobre en comparación.

Al comparar los servicios de atención prenatal y los resultados, se observó una tendencia decreciente en la tasa de mortalidad infantil y la tasa de bajo peso al nacer con un aumento en las políticas redistributivas. Cuba fue una excepción con una tasa de mortalidad infantil comparable a la de Canadá y una tasa de bajo peso al nacer después de Suecia. Una posible explicación podría ser la alta inscripción en programas integrales, como "Educa a Tu Hijo". Se observó una mayor tasa de cesárea en países con políticas menos redistributivas. Sin embargo, esto también podría explicarse por las diferencias en los proveedores de servicios (es decir, un mayor uso de la matronería en Suecia y los Países Bajos) o el hecho de que los partos en el domicilio en los Países Bajos son populares, al igual que la visión del embarazo y el parto como eventos fisiológicos que no deberían estar innecesariamente intervenidos(156).

Las políticas redistributivas generosas se asociaron con una mayor licencia por maternidad pagada. Suecia tuvo la mayor tasa de iniciación de la lactancia materna; sin embargo, la tasa de lactancia materna exclusiva a los 6 meses más alta fue la de Cuba y los Países Bajos. Estudios recientes han revelado diversos determinantes sociodemográficos, biomédicos y psicosociales de la duración y la exclusividad de la lactancia materna, lo que puede explicar estas discrepancias(157).

Al comparar los servicios de atención de salud infantil, se recomendaron más consultas preventivas en países con políticas de redistribución mayores. Una vez más, Cuba fue un caso atípico con un gran número de consultas combinadas de salud infantil y estimulación del desarrollo. No se observó una asociación clara entre las tasas de inmunización y las políticas redistributivas. Esta correlación puede haberse enmascarado debido a un enfoque de la política de vacunación que ocurre independientemente de las políticas redistributivas. Un hecho notable, es que solo Suecia y los Países Bajos realizan un seguimiento de la tasa de cobertura para las consultas preventivas. Un sistema de vigilancia y monitoreo de alta calidad es crítico para determinar qué sistemas de apoyo son necesarios para los niños(158). En el análisis del cuidado y la educación infantil temprana, fue evidente la falta de medidas uniformes de los resultados del desarrollo infantil temprano.

En el estudio realizado por *Winegarden y Bracy*(159), se trató de medir los efectos de la licencia maternal pagada en tres variables demográficas: la mortalidad infantil, la participación de las mujeres en la fuerza laboral en las edades donde suelen iniciar la crianza y la tasa de fecundidad. Para este propósito, construyeron un modelo de ecuaciones simultáneas, utilizando el método de efectos fijos individuales y un conjunto de datos que comprende 17 países de la OCDE y cuatro períodos de tiempo. Las estimaciones estructurales proporcionaron evidencia sustancial en apoyo de las predicciones de los investigadores de que alargar la duración permitida de la licencia maternal pagada reduce la mortalidad infantil,

al tiempo que aumenta la participación de las mujeres jóvenes en la fuerza laboral y la tasa general de fertilidad. Sin embargo, el análisis arroja dudas sobre la fertilidad a largo plazo. Los investigadores concluyen que la estimación estructural respalda de forma inequívoca las hipótesis iniciales sobre los efectos directos que se extienden a los programas de licencia maternal. Se ha demostrado que la extensión de estos programas, medida en términos de licencia materna pagada, reduce la mortalidad infantil, eleva las tasas de participación en la fuerza laboral de las mujeres en edad de maternidad y aumenta las tasas de natalidad. Por lo tanto, desde una perspectiva de política, los beneficios de los programas de licencia maternal pagada parecen ser incondicionalmente positivos con respecto a la reducción de la mortalidad infantil, y también se relacionan con el aumento de la participación de la fuerza laboral femenina, en la medida en que se los considere como un objetivo social. Sin embargo, si la motivación de los programas de licencia maternal está dada por el deseo de tasas más altas de crecimiento (como lo hacía a menudo al comienzo en aquellos países estudiados), los resultados de los autores predicen una decepción con respecto a las tasas de natalidad, aunque la reducción de la mortalidad infantil contribuye a este objetivo. Sugieren que estos programas pueden facilitar algunos aumentos en la participación de las mujeres en la fuerza laboral sin incurrir en reducciones de la fertilidad que de otra manera se experimentarían.

En el estudio realizado por *Nandi y cols.*(160), se buscó evaluar si las políticas de licencia maternal en países de bajos y medianos ingresos logran disminuir la mortalidad infantil. La exposición de interés en el estudio fue la duración legal de la licencia maternal pagada para cada país y año. Los datos sobre las políticas actuales de licencia maternal para cada país de la muestra fueron proporcionados por el Centro Mundial de Datos de Derechos Legales de la Universidad de California en Los Ángeles, y los datos sobre las políticas de licencia maternal anteriores a 1995 fueron recopilados por el programa de investigación sobre Equidad en la Salud Materna e Infantil (MACHEquity) de la Universidad de McGill. Se definió la duración de la licencia maternal pagada como la duración legislada de la licencia pagada disponible solo para las madres. No se distinguieron las licencias que podrían tomarse en el período prenatal de las licencias que podrían tomarse después del nacimiento; sin embargo, pocas políticas de licencia de maternidad en los países de bajos y medianos ingresos obligan específicamente a la licencia prenatal en comparación con la licencia postnatal(161). Las variables de resultado (mortalidad infantil, neonatal y post-neonatal) se midieron utilizando las historias de nacimientos a 5 años proporcionadas por las mujeres entrevistadas en el “Demographic and Health Surveys” (DHS).

En cuanto a los resultados, los investigadores combinaron información longitudinal sobre la duración legislada de la licencia maternal pagada en 20 países de bajos y medianos ingresos con un panel de aproximadamente 300,000 nacidos vivos registrados en encuestas de DHS en esos países entre 2000 y 2008 y utilizaron este conjunto de datos para realizar la primera evaluación, del impacto de la licencia maternal pagada en la mortalidad infantil en países de bajos y medianos ingresos. Se realizaron análisis de diferencias en diferencias los cuales sugirieron que cada mes adicional de licencia materna remunerada se asociaba con aproximadamente ocho muertes infantiles menos por 1.000 nacidos vivos.

Los resultados de los autores indican que las políticas de licencia maternal pagadas más generosas pueden tener un potencial aún mayor para reducir la mortalidad infantil en los países de bajos ingresos comparados con los países de ingresos más altos(8,9), tanto en términos absolutos como relativos, aunque en trabajos anteriores en países de ingresos altos se considera licencia parental en lugar de licencia maternal per se.

Aún más, los hallazgos descubiertos por los investigadores sugieren que los beneficios de la licencia maternal pagada en términos de reducción de la mortalidad infantil fueron mayores incluso cuando se disponía de períodos cortos de licencia remunerada. La heterogeneidad en el impacto de la licencia maternal pagada en todos los países justifica una investigación más a fondo. Aunque una proporción menor de mujeres puede ser elegible para la licencia en países de bajos y medianos ingresos que en países de altos ingresos, y la implementación de la política puede ser más pobre, el beneficio real para la salud infantil condicionado a ser elegible puede ser sustancial, dado que las tasas de mortalidad infantil son más altas en contextos más pobres. Además, una proporción mayor de mujeres en los países de bajos y medianos ingresos puede beneficiarse de los beneficios de la licencia de lo que podríamos anticipar. Las reformas laborales dirigidas a la economía formal pueden tener efectos secundarios que influyen en los trabajadores de la economía informal. Además, muchas normas internacionales del trabajo y leyes nacionales están construidas para abarcar todo tipo de trabajadores.

Al igual que las observaciones de los países de ingresos más altos(8,9), la extensión de la duración de la licencia maternal para las nuevas madres dio lugar a mayores reducciones en la mortalidad en el período post-neonatal que en el período neonatal. Un aumento en la duración de la licencia pagada disponible para las madres podría influir en los factores posnatales, incluida la duración de la lactancia materna y la adherencia a la vacunación, que se asocian sistemáticamente con una mejor salud infantil(162–164). Otras investigaciones recientes, han mostrado que los aumentos en la licencia maternal remunerada se han asociado con una mayor aceptación de las vacunas contra la difteria, la tos ferina y el tétanos(165). La evidencia epidemiológica sugiere que la mortalidad neonatal, por el contrario, está determinada en mayor medida por factores prenatales que tienen menos probabilidades de verse influidos por el aumento de la licencia maternal, a menos que se tome antes del nacimiento; dentro de estos factores, se incluyen factores maternos y reproductivos, como la edad materna y el espaciamiento de los nacimientos, así como las características de los servicios de salud, incluido el uso de la atención prenatal y el lugar del parto(166–172). Los autores sugieren mayor investigación sobre los efectos de las políticas de licencia maternal en la utilización de los servicios de salud y los factores de riesgo del comportamiento para la mortalidad neonatal e infantil.

Los hallazgos del estudio sugieren que existe un potencial para mejorar la salud infantil al aumentar la duración de la licencia maternal remunerada en países de bajos y medianos ingresos. Recientemente, el informe de Countdown to 2015 sugirió que solo un tercio de los 75 "países de Countdown", que representan más del 95% de las muertes maternas e infantiles del mundo, alcanzaron la "meta 4 de Desarrollo del Milenio" de reducir la mortalidad infantil (<5 años) en dos tercios en 2015(173). Como han argumentado otros(174), para poner fin a las muertes prevenibles entre los niños, los países deberán abordar las muertes neonatales e infantiles con mayor eficacia. Los datos del programa de investigación "MACHEquity" mostraron que una cuarta parte de los países de "Countdown" proporcionaron menos de 12 semanas de licencia maternal pagada en 2012.

Finalmente, los autores mencionan que después de analizar los datos, sugieren que un mes adicional de licencia maternal pagada se asocia con una reducción de hasta un 13% en la mortalidad infantil en países de bajos y medianos ingresos. Desde la perspectiva de la planificación de políticas públicas, se necesita más trabajo para dilucidar los mecanismos que explican los efectos beneficiosos de la licencia maternal remunerada en la mortalidad infantil

y para evaluar el equilibrio óptimo del ausentismo del trabajo antes y después del parto, así como los distintos niveles de compensación.

También se necesita más trabajo para documentar los efectos de la licencia maternal pagada en la participación de la fuerza laboral de las mujeres, la salud y el bienestar en los países de bajos y medianos ingresos.

En el estudio realizado por *Nandi y cols.*(175), se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre las licencias parentales pagadas y los resultados socioeconómicos y de salud. Se revisaron 5.538 resúmenes y se seleccionaron 85 artículos publicados sobre el impacto de las políticas de licencia parental, 22 artículos sobre el impacto de las políticas de licencia médica y 2 documentos que evaluaron ambos tipos de políticas. Se sintetizaron los principales hallazgos a través de una descripción narrativa; un metaanálisis fue excluido por la heterogeneidad en los atributos de las políticas, los cambios de políticas, los resultados y los diseños de los estudios.

En relación a los principales hallazgos, los investigadores pudieron sacar varias conclusiones sobre el impacto de las políticas de licencia parental. En primer lugar, al extender la duración de la licencia parental pagada entre 6 y 12 meses se produjo un aumento en aquellas personas que tomaron las licencias junto a aquellas que las tomaron por un período más prolongado. En segundo lugar, hubo poca evidencia de que extender la duración de la licencia parental pagada tuviera consecuencias económicas o de empleo negativas.

En tercer lugar, la licencia no remunerada no parece otorgar los mismos beneficios que la licencia pagada. En cuarto lugar, desde una perspectiva de salud poblacional, los aumentos en la licencia parental pagada se asociaron sistemáticamente con una mejor salud infantil, particularmente en términos de menores tasas de mortalidad. En quinto lugar, las políticas de licencia paternal pagada de duración y generosidad adecuadas han inducido a los padres a tomar un descanso del trabajo después del nacimiento de un hijo. La forma en que las políticas de licencia médica influyen en la salud, ya sea por enfermedad propia o familiar, no se han estudiado ampliamente.

El estudio concluye que existe evidencia substancial del tipo cuasiexperimental para apoyar las extensiones en la duración del postnatal parental pagado como un instrumento para apoyar la participación de las mujeres en la fuerza laboral, protegiendo los ingresos de las mujeres y mejorando la sobrevivencia del niño. Esto tiene implicancias en particular para los países que ofrecen licencias parentales más cortas o que de plano no tienen una política nacional de postnatal parental pagado.

En el estudio realizado por *Hajizadeh y cols.*(165), se buscó la asociación entre la licencia maternal y el acceso a la vacunación al considerar que la licencia por maternidad podría eliminar las barreras para que los padres tengan tiempo disponible para poder llevar a su hijo al vacunatorio. El estudio se realizó en 20 países de bajo y mediano ingreso.

En los resultados, se encontró que extender la licencia maternal pagada tuvo un efecto positivo en las tasas de vacunación para las tres dosis de DPT; cada semana de licencia maternal adicional, aumentó la cobertura de DPT 1, 2 y 3 en 1.38 (95% IC = 1.18, 1.57), 1.62 (IC = 1.34, 1.91), y 2.17 (IC = 1.76, 2.58) puntos porcentuales respectivamente.

Las estimaciones fueron sólidas al ajustar por variables confundentes. El estudio no encontró evidencia de un efecto de la licencia maternal en la probabilidad de recibir vacunas para BCG y Polio después del ajuste de las variables confundentes mencionadas anteriormente. Los investigadores concluyen en que sus hallazgos fueron consistentes con la hipótesis de que las

políticas generosas de licencia maternal pagada tienen el potencial de mejorar la cobertura de inmunización DPT. Además, señalan que se necesitan más estudios para comprender los efectos en la salud de las políticas de licencia maternal pagada en los países de bajos y medianos ingresos.

Aunque hubo un impacto positivo de la licencia maternal en la vacunación de BCG, este fue insignificante debido al hecho de que esta vacuna está programada para administrarse poco después del nacimiento, por lo que los horarios de trabajo de los padres no son considerados una barrera para que el menor reciba la inmunización. El efecto de la licencia maternal fue insignificante en la vacunación contra la poliomielitis, lo cual podría explicarse en parte por las campañas a gran escala de inmunización contra la poliomielitis en los países de bajos y medianos ingresos que aumentaron el conocimiento sobre las metas de inmunización contra la poliomielitis y mejoraron el acceso a las inmunizaciones en distintos entornos y horarios más allá de las horas clínicas. Como resultado de lo mencionado, el trabajo de los padres podría no ser considerado una barrera para la inmunización contra la poliomielitis.

En el estudio realizado por *Tanaka*(8), se buscó investigar los efectos de la licencia parental pagada protegida (en la cual el empleador no puede desvincular al trabajador) y otros tipos de licencia (incluyendo la licencia no protegida pagada y no pagada) en los resultados de salud del niño, más específicamente, tasas de mortalidad, bajo peso de nacimiento y cobertura de inmunización en países pertenecientes a la OCDE. El estudio también explora los efectos de otras políticas sociales relacionadas a las familias y niños pequeños como los gastos públicos en beneficios familiares en efectivo, subsidios familiares, y los servicios familiares por niño en la salud infantil.

En relación a los resultados, se indica que aumentar semanas de licencia pagada protegida disminuye significativamente las tasas de mortalidad infantil. Después de controlar por variables características de cada país, las tasas decaen aún más. El autor indica que una extensión en 10 semanas de licencia pagada predice una disminución de la tasa de mortalidad infantil entre un 2.3% y un 2.5%.

En cuanto a los resultados de otros tipos de licencia, distintos a la licencia pagada protegida, no tienen un efecto significativo en las tasas de mortalidad infantil. La razón puede ser, explica el autor, que, si se provee de licencia sin pago o sin protección de despido, los padres que tomen la licencia van a ser muy pocos, por lo tanto, los resultados de semanas de licencias de otro tipo distinto a la licencia pagada protegida son insignificantes en reducir las tasas de mortalidad infantil.

Debido a esto, se señala que las semanas de licencia parental pagada protegida y no otro tipo de licencia, reducen las tasas de mortalidad infantil.

En relación a la tasa de bajo peso de nacimiento, esta disminuía si la licencia parental se otorga antes del nacimiento. En cuanto al efecto de la licencia parental pagada protegida en la inmunización, no se observaron efectos en los países de la OCDE. El investigador señala que esto puede deberse debido a que las tasas de inmunización en los países OCDE son tan altas, que no suelen fluctuar, por lo que es difícil poder observar el efecto de la licencia en este aspecto.

En el estudio realizado por *Ruhm*(9), se investiga si la licencia parental mejora la salud pediátrica.

Se utilizaron datos agregados de 16 países europeos entre los años 1969 y 1994.

Se encontró que las licencias parentales más generosas reducen las muertes de bebés y niños pequeños. La magnitud de este efecto estimado es sustancial, especialmente cuando existe un efecto causal de la licencia que es más plausible. En particular, existe una relación mucho más fuerte entre la duración de la licencia y la disminución de las muertes post-neonatales o infantiles que la mortalidad perinatal, las muertes neonatales o el bajo peso al nacer.

Es probable que el permiso parental afecte principalmente la salud infantil al hacer que los padres tengan más tiempo disponible. Como lo reconoció Becker(176), criar a los niños es una actividad que requiere mucho tiempo. Las obligaciones comienzan antes del nacimiento (por ejemplo, la necesidad de dormir más y un adecuado cuidado prenatal), pero es probable que sean muchas más durante los primeros meses de vida. Además, el tiempo disponible para algunas de estas labores presenta un importante desafío para las personas empleadas, por lo que la licencia parental podría facilitar estas tareas.

Finalmente, el autor concluye que el permiso parental tiene impactos favorables y posiblemente rentables en la salud pediátrica. La razón más probable es que las ausencias laborales les brinden a los padres tiempo adicional para invertir en niños pequeños, lo que puede ser cada vez más crucial dada la tendencia al alza en las tasas de participación de la fuerza laboral femenina.

En el estudio realizado por *Avendaño y cols.*(177), se examinó si las políticas de licencia maternal tienen un efecto en la salud mental de las mujeres en edades tardías. Se enlazaron los datos de mujeres de 50 años de la “Survey of Health, Ageing and Retirement” de países de Europa (SHARE) con datos sobre la legislación de licencia maternal desde 1960 en adelante. Se utilizó un enfoque de diferencias en diferencias que explota los cambios a lo largo del tiempo dentro de los países en la duración y compensación de los beneficios de la licencia maternal, vinculados con el año en que las mujeres dieron a luz a su primer hijo entre los 16 años a los 25 años. Se compararon los puntajes de los síntomas depresivos de la edad avanzada (medidos con una versión de 12 ítems de la escala Euro-D) de las madres que trabajaron en el período alrededor del nacimiento de su primer hijo con los puntajes de depresión de las madres que no tenían empleo en el período que rodea el nacimiento de un primer hijo y, por lo tanto, no obtuvieron beneficio directo de la licencia maternal. Los hallazgos de los autores sugieren que una licencia maternal más generosa durante el nacimiento de un primer hijo se asocia con una reducción en la puntuación de 0,38 puntos en la escala de síntomas depresivos Euro-D en la vejez.

En conclusión, los autores señalan que existe evidencia de que las políticas de licencia maternal producen importantes beneficios de salud mental para las madres trabajadoras, y que estos se extienden más allá del período de nacimiento y persisten hasta la edad avanzada. Estos hallazgos implican que los beneficios de la licencia maternal no solo protegen a las madres y sus hijos durante el parto, sino que pueden contribuir al envejecimiento saludable de las mujeres durante las últimas décadas de la vida. Este hallazgo puede tener profundas implicaciones para los costos de la atención médica, la participación social y la productividad de las mujeres mayores, así como el impacto social de la salud mental de las madres de edad en los miembros de la familia y la sociedad.

En el estudio realizado por *Aitken y cols.*(178), el objetivo es proporcionar una revisión sistemática de los estudios que examinan la asociación entre la licencia maternal pagada y la salud materna.

Se identificaron siete estudios, con participantes de Australia, Suecia, Noruega, Estados Unidos, Canadá y Líbano. Todos los estudios utilizaron metodologías cuantitativas, incluidos diseños de cohorte, de corte transversal y de corte transversal repetido.

Los resultados incluyeron salud mental y bienestar, salud general, bienestar físico y violencia de pareja. Los cuatro estudios que examinaron las licencias a nivel individual mostraron evidencia de beneficios para la salud materna, mientras que los tres estudios que realizaron comparaciones a nivel de políticas no encontraron asociación. Al sintetizar los resultados los investigadores sugirieron que la licencia maternal pagada proporcionaba beneficios de salud materna, aunque esto variaba según la duración de la licencia. Sin embargo, todos los estudios estaban sujetos a sesgos de confusión y muchos a la causalidad inversa. Los autores señalan que, dado el pequeño número de estudios y las limitaciones metodológicas de la evidencia, se necesitan estudios longitudinales para aclarar aún más los efectos de la licencia maternal pagada en la salud de las madres en el empleo remunerado.

A continuación, se hallan tablas donde se pueden apreciar principales barreras y oportunidades de extensión del postnatal parental en Chile recogidas de entrevistas de actores claves en la materia.

Tabla 1a: Barreras económicas recogidas de entrevistas con actores claves

Barreras Económicas
El costo económico
Utilidad financiera en el sistema económico (del trabajo)
Tope del subsidio de paternidad y maternidad

Tabla 1c: Barreras culturales recogidas de entrevistas con actores claves

Barreras culturales
Barrera cultural en Chile
Barrera de información y formación
Beneficios del postnatal en el desarrollo de los niños se observan en el largo plazo
Subsidios a la maternidad y paternidad vistos como subsidios de discapacidades (también es política)

Tabla 1b: barreras políticas recogidas de entrevistas con actores claves

Barreras Políticas
Precariedad en el trabajo
Inexistencia de estado benefactor
Subsidios a la maternidad y paternidad vistos como subsidios de discapacidades (también es cultural)

Tabla 2: Oportunidades recogidas de entrevistas con actores claves

Oportunidades
Movimientos feministas que introducen discurso de corresponsabilidad
Padres de la actualidad participan más de la corresponsabilidad, del cuidado personal y del apego con los hijos

A continuación, se encuentra tabla donde se puede apreciar situación del postnatal parental en Chile comparándolo con el resto del mundo, así como principales recomendaciones para implementar extensión del postnatal parental en Chile. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas con actores claves.

Tabla 3: Situación de Chile en comparación con el resto del mundo en cuanto al postnatal parental

Situación de Chile en comparación con el resto del mundo en cuanto al postnatal parental
Chile cuenta con un postnatal privilegiado en relación a países de la región, pero está en desmedro comparado con países del norte de Europa.
Contratos temporales como “contrato por faena” generan discriminación en el empleo sobre todo en mujeres en edad fértil
Es complejo que la madre le ceda tiempo del postnatal parental al padre, cuando la recomendación de la OMS es dar leche materna de forma exclusiva hasta los 6 meses
El desarrollo de los niños no está puesto en el pensamiento colectivo

Tabla 4: Recomendaciones respecto a una propuesta de implementación del postnatal parental en Chile recogidas de las entrevistas con actores claves

Recomendaciones respecto a una propuesta de implementación de extensión del postnatal en Chile
Contar con las “espaldas” económicas para solventar el subsidio parental extendido
Evaluar qué es lo que ha pasado en relación al postnatal parental en Chile, en cuanto a cuantos hombres se lo toman y aquellos que no se lo toman, porque no lo hacen
Generación de un mercadeo social del tema, con campañas comunicacionales
Abordar desde un enfoque sociológico el desarrollo de los chilenos desde el jardín infantil
Generar incentivos en las empresas que faciliten la noción de responsabilidad social; incentivos políticos, económicos, sociológicos, educativos
Identificar muy claramente el rol del estado
Trabajar con un equipo de expertos con un grueso espectro de sapiencias y de saberes que puedan establecer canales de intervención, de participación, incorporando el área privada, el área pública, y a la gente, pero no solo a los líderes, ya que estos tienen mucho sesgo.
Incorporar otras organizaciones e instituciones en la campaña comunicacional
Que el padre tenga un permiso por sí y ante sí y que no dependa de que la madre se lo tenga que ceder
Generar en las empresas mayor “bienestar en los trabajadores” incorporando en este punto la maternidad y la paternidad
Aumentar la cobertura, reduciendo los requisitos

Discusión

Este proyecto buscó revisar los principales estudios en la literatura científica que exploraron la asociación del postnatal parental y los resultados en la salud del padre, la madre y el hijo. Además, se contó con la presencia de 3 entrevistas que le dieron el contexto local a la evaluación de una extensión del postnatal parental en Chile desde una mirada política, de la academia y legal.

En el estudio realizado en Alemania(25), al extender la licencia materna se generó una selección negativa en el ámbito laboral, ya que anterior a la reforma, las mujeres enfermas una vez que quedaban embarazadas, abandonaban la fuerza laboral, pero ahora con el incentivo de la reforma, volvían al trabajo, generando licencias prolongadas que antes de la reforma no se observaban.

Tanto en Australia(35) como en Estados Unidos(106) se logró observar una disminución en la violencia de pareja, tanto al otorgar estabilidad financiera a la mujer como el reducir factores estresores que disminuyeron los conflictos de las parejas, aunque el estudio de Estados Unidos es más bien teórico. Queda pendiente a futuro, un estudio que aborde el mecanismo causal de manera mas minuciosa.

En cuanto a la salud de las madres, se hallaron varios estudios en distintos países(5,36,177,178,55,89,90,103,105,112,116,154) que demuestran una mejora tanto en la salud física como mental de las madres que adhieren a la licencia maternal y que mientras mayor es el tiempo de licencia, mayor es el beneficio en la salud. Se atribuye principalmente este resultado, ya que disminuye el estrés que genera el embarazo en relación a disminución de ingresos, además de apoyar la participación de las mujeres en la fuerza laboral.

Uno de los resultados más frecuentes hallados en relación a la extensión del postnatal materno fue la prevalencia de lactancia materna, aumentando significativamente en todos los estudios que evaluaron esta asociación(10,28,64,72,81,84,85,104,154,155), además de los beneficios que esta otorga en el desarrollo y la inmunidad del niño.

En cuanto a la salud infantil, se encontraron una serie de estudios(8,9,86,159,160,175) que demostraron una disminución en la mortalidad infantil a medida que aumentaba la extensión del postnatal parental, y este efecto fue mayor en aquellos países de bajos y medianos ingresos, así como en poblaciones más vulnerables en relación a nivel socioeconómico. Muy posiblemente, este efecto tenga que ver con la menor exposición a sala cuna, evitando el contacto directo con virus, además aquellos niños que están en el hogar, tienen mayor probabilidad de mantener lactancia materna por más tiempo, aumentando la inmunidad que esta genera. También, se observó en un estudio(165) que la tasa de vacunación, específicamente de DPT, aumentó su cobertura de forma importante al aumentar las semanas de postnatal parental, debido al mayor tiempo libre con el que cuentan los padres para llevar al menor al vacunatorio, lo que contribuye a la disminución de adquirir enfermedades transmisibles que pueden ser graves en el menor. Además, se halló otro estudio(88) que relacionó mejores resultados de salud en cuanto al sobrepeso, trastorno de déficit atencional e hiperactividad y problemas de audición en aquellos niños que sus padres tuvieron postnatal parental, por lo que la extensión del postnatal parental no solo genera mejoras en la salud del menor, sino que además contribuye a generar mayor equidad y a reducir la brecha de los determinantes estructurales de la salud.

También se encontró evidencia(91) de que el postnatal paterno influye en un mayor involucramiento del padre con el hijo y esto genera mayor desarrollo cognitivo, emocional y de comportamiento social en el menor. Además, se descarta el supuesto de que los niños están más expuestos a violencia en presencia de los padres en relación a cuando están al cuidado de las madres y que todo depende del contexto(121).

Se halló 1 estudio que indaga sobre la asociación entre el postnatal pagado de las madres y un mejor apego con el menor, desarrollando un apego seguro, sensible y afectuoso con sus bebés(37).

En Suecia, se demostró asociación entre el uso del postnatal paterno extendido y una disminución de la mortalidad en los padres(12), aunque no se demostró causalidad debido a que posiblemente los hombres que accedieron al postnatal paterno, tuvieron un mejor autocuidado durante su vida. Además se encontró asociación en una disminución del consumo de alcohol problema en aquellos padres que accedieron al postnatal parental, asociándose esto a una disminución de la crianza estereotipada de género, sin embargo no se logró demostrar causalidad debido a un posible sesgo de selección de los participantes, ya que aquellos padres que accedieron al postnatal parental, muy posiblemente, tenían conductas de autocuidado y mayor nivel educacional que aquellos padres que no accedieron a la licencia por paternidad.(179).

El postnatal parental también contribuye al bienestar de la familia, aumentando la actividad física tanto del padre como de la madre(131), además, mientras más extenso es, contribuye a generar igualdad de roles en la esfera del cuidado, generando beneficios de salud en ambos padres(138).

Se encontraron algunos estudios que no encontraron asociación beneficiosa en relación al postnatal parental en cuanto a salud, como el estudio realizado en Canadá(65) por Baker, el cual no encontró asociación entre la expansión del postnatal y un mayor desarrollo del niño. Sin embargo, la forma en la cual se midió el desarrollo del niño fue a través de encuestas realizadas a la madre o adulto responsable y no a través de algún test validado que haya permitido evaluar efectivamente el desarrollo cognitivo y locomotor del menor. Por otro lado, en Suecia se buscó evaluar la igualdad de género en el rol del cuidado entre los padres y en como esto implicaba o no algún tipo de trastorno en la salud mental, sugiriéndose una asociación de depresión en niños varones y ansiedad en niñas en relación al rol del cuidado en igualdad en contraste con el rol tradicional de género(129).

En Suecia se buscó relacionar si la masculinidad y el postnatal parental estaban relacionados y que el acceder a un postnatal parental disminuía esta masculinidad, reduciéndose comportamientos nocivos relacionados con la masculinidad que podrían generar un factor protector para el padre al acceder a este postnatal parental. Sin embargo, se demostró que la masculinidad y la licencia paternal funcionan a través de líneas causales distintas que conducen a la mortalidad(13).

En cuanto a las entrevistas, se realizó categorización en base a barreras, oportunidades, recomendaciones y comparación de la situación chilena en relación al resto del mundo en relación al postnatal parental. De esta manera, las categorías fueron sencillas de clasificar para su posterior análisis. Por lo tanto, se cumplió con los criterios de rigor de Guba(23); credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. Ya que se explicitó la forma de recogida de datos, se revisaron los datos en conjunto con el tutor del tesista, se realizó una descripción exhaustiva de las entrevistas, se realizó descripción de las técnicas de análisis y recolección de datos, y se recogieron registros concretos, se transcribió de manera textual las entrevistas y se realizó recogida mecánica de la información a través de grabaciones.

En cuanto a la información presentada por los expertos entrevistados, se plantea de forma global la práctica inexistencia de oportunidades de implementación de la extensión del postnatal parental en Chile. Se destaca en este punto la presencia de los movimientos feministas que han ido introduciendo lentamente en nuestra sociedad la corresponsabilidad en el cuidado de los hijos. Además, los padres jóvenes participan de manera más activa en la corresponsabilidad del cuidado personal y del apego con los hijos.

Los 3 expertos refieren un gran número de barreras en Chile, destacándose la precariedad en el trabajo y el alto costo económico. Otros factores mencionados son la inexistencia actualmente de un estado benefactor y la utilidad financiera como foco exclusivo en el sistema económico. Otras barreras mencionadas por los entrevistados de forma transversal son la cultura, la baja información y formación. Desde el punto de vista legal, se visualiza a los subsidios de maternidad y paternidad como subsidios de discapacidad. También se señala desde esta perspectiva, la existencia de topes en el subsidio de maternidad y paternidad, desincentivando el acceso en las familias que superan este tope. Junto a lo ya mencionado, se hace referencia a que el desarrollo de los niños producto del postnatal extenso no es contemplado por la ciudadanía, ya que los beneficios se observan al largo plazo.

En relación a la visión del postnatal en Chile en relación al mundo, se hace referencia a que a nivel de región, se encuentra privilegiado en relación a los países. Sin embargo, se encuentra en desmedro si lo comparamos a países del norte de Europa donde existe un estado benefactor.

Se hace referencia nuevamente a la precarización en el empleo al referirse a “contratos temporales o por faena” los cuáles generan discriminación en el empleo sobre todo en mujeres en edad fértil, ya que, al ser temporales, para la empresa desde su visión, las mujeres son un riesgo al contratarlas por la posibilidad de embarazo. También se repite la no visualización en el pensamiento colectivo de los beneficios en el desarrollo de los niños. Un punto relevante abordado por una de las entrevistadas fue el hecho de que es complejo que la madre le ceda parte del postnatal parental al padre, cuando la recomendación de la OMS es dar leche materna de forma exclusiva hasta los 6 meses.

En cuanto a las recomendaciones, se plantea contar con suficientes recursos para poder subsidiar los permisos a ambos padres. También evaluar qué es lo que ha pasado en Chile con el postnatal parental y porque los hombres no se lo están tomando. 2 de las entrevistadas sugieren un mercadeo social del tema con campañas comunicacionales a fin de concientizar a la población, además de incluir a distintas organizaciones e instituciones dentro de la campaña comunicacional. También se señala abordar el desarrollo de los niños desde el jardín infantil desde un enfoque sociológico con el fin de generar un cambio cultural a futuro. En cuanto a recomendaciones para generar noción de responsabilidad social en las empresas evaluando el bienestar de los trabajadores (incluyendo la paternidad y maternidad), generar desde el estado incentivos económicos, políticos, sociológicos y educativos. Por lo tanto, es fundamental identificar muy claramente el rol del estado. Se señala aumentar la cobertura a través de disminución de los requisitos para acceder al subsidio, incluyendo la eliminación del tope. Finalmente, en cuanto a la corresponsabilidad social, se requiere desde una perspectiva de derecho, que el padre tenga un permiso “por sí y ante sí” y que no dependa de la madre para acceder a este beneficio (los 3 entrevistados mantienen esta afirmación).

En cuanto a las limitaciones del estudio, no se logra abordar las causas del porque los padres no acceden al postnatal parental ni porque incluso no se toman los 5 días de postnatal paternal, el cuál es irrenunciable. Sería interesante que en un estudio futuro de tipo cualitativo se abordara este punto en particular. Otra limitación del estudio es que no se logra

comprender el costo económico de la extensión, por lo que sería ideal a futuro contar con este tipo de investigación. Además de las limitaciones ya expuestas, el estudio no cuenta con una selección de la calidad de los estudios seleccionados para la revisión, por lo que sería interesante a futuro, realizar un estudio que seleccione sólo a aquellas investigaciones con alta calidad. Por otro lado, las fortalezas del estudio son generar una mirada amplia que permita conocer los resultados en salud que se han ido observando en todos aquellos países que pertenecen a la OCDE que han ido incorporando el postnatal parental, con el objetivo de considerar estos resultados como una inversión a futuro para la salud de nuestro país, y por qué no, generar recomendaciones desde una mirada de salud pública, influyendo en la toma de decisiones y en las políticas que se generen en torno a estos análisis.

Es difícil aislar el efecto del postnatal en la salud de la familia, ya que existen una serie de factores que pueden actuar como confundentes sobre todo en los países más desarrollados con un mayor bienestar de su población y una mejor calidad de vida.

Una limitación importante de los estudios es que la evidencia de cada país no es fácilmente exportable, por lo que lo que es difícil decidir cuál es el mejor esquema de postnatal parental para Chile comparativamente en cuanto al resto de los países, debido a que existen múltiples esquemas de postnatal parental. Además, en los estudios de salud pública, es poca la evidencia experimental, por lo tanto hay que recurrir a estudios observacionales o cuasi experimentos, los cuales tienen mayor riesgo de sesgo.

Recomendación de propuesta para Chile

En primer lugar, sería importante realizar un estudio de tipo cualitativo para investigar la opinión de los padres y de por qué no están accediendo tanto al postnatal paterno, como al postnatal parental. Por otro lado, realizar un estudio de tipo económico para saber cuántos recursos se necesitan para ampliar el subsidio parental.

Sin duda, una recomendación importante sería realizar campañas comunicacionales para ir generando cambios conductuales y motivar a los padres a que accedan al permiso por paternidad. También incluir en estas recomendaciones lo importante de la corresponsabilidad en el cuidado y en como esto favorece el apego y el desarrollo del niño. En conjunto, generar concepto de corresponsabilidad en los ciudadanos desde que están en el jardín infantil, de manera de ir construyendo un cambio cultural que se refleje cuando ellos sean adultos.

En cuanto a las empresas, sería importante generar incentivos de parte del estado a aquellas empresas que favorezcan el bienestar de sus trabajadores, incluyendo la paternidad y maternidad. En cuanto a los topes de bonificación, sería trascendental revisar estos, con el objetivo de favorecer que los padres y madres accedan a este beneficio, y que no sea una barrera el disminuir los ingresos del hogar, empobreciéndose.

Para complementar, desde una perspectiva de derecho, sería interesante que el padre tuviera un postnatal exclusivo para él, sin depender de que la madre se lo ceda, con el objetivo de contribuir en la corresponsabilidad, el desarrollo del niño y el apego padre-hijo.

Es fundamental destacar que si queremos asegurar una lactancia materna exclusiva por lo menos hasta los 6 meses como sugiere la OMS, es primordial que la madre cuente con al menos 6 meses exclusivos de postnatal parental, por lo que si la intención como país es que los padres participen de esta corresponsabilidad en el cuidado, estos deben tener tiempo exclusivo aparte del que se otorga a las madres, con el objetivo de contribuir al apego, desarrollo y generar el cambio conductual a futuro del menor, ya que los niños de hoy, serán

adultos en el mañana, que tendrán incorporado dentro de su cultura social que ambos padres estuvieron presentes en su crianza y cuidados.

Conclusión

En esta investigación de naturaleza mixta, se revisaron los principales estudios e investigaciones orientadas a indagar el resultado en salud en los padres y los hijos en relación al postnatal parental, paternal y maternal. La evidencia de la literatura es amplia en relación a los beneficios en la extensión del postnatal parental en términos de salud, principalmente para la madre y el hijo. Además, se abordó la situación chilena en relación al resto del mundo, barreras y oportunidades de extensión del postnatal parental y recomendaciones para implementación de extensión del postnatal parental a través de expertos de distintas áreas del conocimiento con el fin de tener un abordaje amplio del fenómeno en un contexto local. Las principales barreras se refieren a la cultura del país, en donde se genera discriminación en el empleo a la mujer, así como precarización en el trabajo. También se señala que mientras los padres no accedan al postnatal parental y paternal, las autoridades difícilmente ampliarán el subsidio a los padres. Es imprescindible un estudio de tipo cualitativo que indague las causas por las que los padres no acceden a este beneficio con el objetivo de levantar en la opinión pública y de las altas autoridades la opinión de la ciudadanía en relación a este punto. Los beneficios de ampliar el postnatal parental son claros en la literatura, por lo que es fundamental generar mayores oportunidades desde el estado, pero también desde el sector privado, con el objetivo de contribuir al desarrollo y salud de las familias de Chile.

Referencias

1. Caamaño Rojo E. Mujer y trabajo: Origen y ocaso del padre proveedor y la madre cuidadora. *Rev Derecho la Pontif Univ Católica Valparaíso*. 2010;179–209.
2. OIT-PNUD. Trabajo y Familia : Hacia nuevas formas de conciliación con responsabilidad social. Organ Int del Trab y Programa las Nac Unidas para el Desarro. 2009;primera ed:156.
3. Clave A. Familia; Mujer; Parentalidad; Permiso postnatal parental; Sala Cuna. 2017;2:241–64.
4. Cifuentes H. Revista laboral Chilena. Protección por maternidad y permiso postnatal parental. 2011;45–55.
5. Beuchert LV, Humlum MK, Vejlin R. The length of maternity leave and family health. *Labour Econ*. 2016;43(8206):55–71.
6. Chatterji P, Markowitz S. Does the Length of Maternity Leave Affect Maternal Health? *South Econ J* [Internet]. 2005;72(1):16. Available from: <https://www.jstor.org/stable/10.2307/20062092?origin=crossref>
7. Chatterji P, Markowitz S. Family leave after childbirth and the mental health of new mothers. *J Ment Health Policy Econ*. 2012;15(2):61–76.
8. Tanaka S. Parental Leave and Child Health across OECD Countries. *Econ J*. 2005;115(501).
9. Ruhm CJ. Parental leave and child health. *J Health Econ*. 2000;19(6):931–60.
10. Belfield CR. The benefits of breastfeeding across the early years of childhood. 2010;
11. Ip s, Chung M, Raman G et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38341/?report=reader#!po=83.3333>
12. Månsdotter A, Lindholm L, Winkvist A. Paternity leave in Sweden-Costs, savings and health gains. *Health Policy (New York)*. 2007;82(1):102–15.
13. Månsdotter A, Lundin A. How do masculinity, paternity leave, and mortality associate? -A study of fathers in the Swedish parental & child cohort of 1988/89. *Soc Sci Med* [Internet]. 2010;71(3):576–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.008>
14. C. Mardones GS. Licencias por hijo menor de un año suben 74% y se acercan a nivel histórico [Internet]. 2018 [cited 2018 Sep 23]. Available from: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/licencias-hijo-menor-ano-suben-74-se-acercan-nivel-historico/198947/>
15. Piano DL del. Infecciones en niños de sala cuna y jardines infantiles. 2018;1–15. Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/PediatriaSBA/Noviembre200>

16. Social Security Superintendence of Chile. Protection to Motherhood in Chile: Evolution of the Parental Leave Policy at Five Years of its Implementation 2011-2016. 2016;82. Available from: https://www.suseso.cl/607/articles-19844_archivo_01.pdf
17. Organisation for Economic Development C and. OCDE [Internet]. Who we are. 2019. Available from: <http://www.oecd.org/about/>
18. Turner J. Maternity and paternity leave. Manager. 2010. 7 p.
19. OMS. Lactancia materna [Internet]. Lactancia materna. [cited 2018 Sep 1]. Available from: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
20. Ca H. Proyecto De Ley : p. 1–2.
21. Creswell, Plano-Clark. Diseños mixtos de investigación. 2010;19.
22. Silamani J, Guirao G. Utilidad y tipos de revision de literatura. Ene Rev enfermería. 2019;9(2):1–12.
23. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. 1999;24.
24. Benavides M. Métodos en investigación cualitativa: Triangulación. 2005;XXXIV(1):118–24.
25. Guertzgen N, Hank K. Maternity Leave and Mothers ' Long-Term Sickness Absence : Evidence From West Germany. 2018;587–615.
26. Haas S. Trajectories of functional health : The ‘ long arm ’ of childhood health and socioeconomic factors *. 2008;66.
27. Strandh M, Winefield A, Nilsson K, Hammarstro A. Unemployment and mental health scarring during the life course. 2014;24(3):440–5.
28. Baker M, Milligan K. Maternal employment , breastfeeding , and health : Evidence from maternity leave mandates. 2010;27(2008):871–87.
29. Roe B, Whittington LA, Fein SB, Teisl MF, Roe B, Whittington LA, et al. Is There Competition between Breast-Feeding and Maternal Employment ? Published by : Springer on behalf of the Population Association of America Stable URL : <https://www.jstor.org/stable/2648105> All use subject to <https://about.jstor.org/terms> IS THERE COMPETITION BETWEEN BREAST-FEEDING AND MATERNAL EMPLOYMENT ?*. 2019;36(2):157–71.
30. Labbok M. Health Sequelae of Breastfeeding for the Mother. 2014;5108(May).
31. Gesundheit S. Krankengeld – Entwicklung , Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. 2015;
32. Allen TD. Consequences Associated With Work-to-Family Conflict : A Review and Agenda for Future Research. 2014;(May 2000).

33. Grzywacz JG, Bass BL. Work , family , and mental health : Testing different models of work-family fit. 2003;
34. Hämmig O, Knecht M, Läubli T, Bauer GF. Work-life conflict and musculoskeletal disorders : a cross-sectional study of an unexplored association. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2011;12(1):60. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/60>
35. Gartland D, Hemphill SA, Hegarty K, Brown SJ. Intimate Partner Violence During Pregnancy and the First Year Postpartum in an Australian Pregnancy Cohort Study. 2011;570–8.
36. Whitehouse G, Romaniuk H, Lucas N, Nicholson J. Leave Duration After Childbirth : Impacts on Maternal Mental Health , Parenting , and Couple Relationships in Australian Two-Parent Families. 2012;
37. Cooklin AR, Rowe HJ, Fisher JRW. investigation of maternal postpartum employment. 2012;(June 2011):249–56.
38. Vlasblom JD, Schippers J. Changing dynamics in female employment around childbirth. Work Employ Soc. 2006;20(2):329–47.
39. Barrow L. An analysis of women’s return-to-work decisions following first birth. Econ Inq. 1999;37(3):432–51.
40. Klerman JA, Leibowitz A. Job Continuity among New Mothers Author (s): Jacob Alex Klerman and Arleen Leibowitz Published by : Springer on behalf of the Population Association of America Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/2648104> Accessed : 13-07-2016 13 : 56 UTC Your use o. 2016;36(2):145–55.
41. Baxter J. Mothers’ employment transitions following childbirth. Fam Matters [Internet]. 2005;(71):11–7. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=18391471&site=ehost-live>
42. Gray E, McDonald P. The relationship between personal, family, resource and work factors, and maternal employment in Australia. Organ Econ Co-operation Dev Labour Mark Soc Policy-Occasional Pap No 62 [Internet]. 2002;(62). Available from: [http://www.oilis.oecd.org/OLIS/2002DOC.NSF/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/169eabb40f45e72dc1256c61004ba0c3/\\$FILE/JT00134287.PDF](http://www.oilis.oecd.org/OLIS/2002DOC.NSF/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/169eabb40f45e72dc1256c61004ba0c3/$FILE/JT00134287.PDF)
43. Glass J. Family Responsive Policies and Employee Retention Following Childbirth Author (s): Jennifer L . Glass and Lisa Riley Published by : Oxford University Press Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/3005840> Accessed : 04-04-2016 02 : 32 UTC Family Respons. 2016;76(4):1401–35.
44. Cooklin AR, Rowe HJ, Fisher JRW. Employee entitlements during pregnancy and maternal psychological well-being. 2007;(May):483–90.
45. Survey IR. Access to family-friendly work practices. 2002;(61):30–5.

46. Baxter J. IS MONEY THE MAIN REASON MOTHERS RETURN TO WORK AFTER CHILDBEARING ? Author (s): Jennifer Baxter Published by : Springer
Stable URL : <https://www.jstor.org/stable/41110905>. 2019;25(2):141–60.
47. Whitehouse G, Hosking A. Returning too soon? Australian mothers' satisfaction with maternity leave duration Gillian Whitehouse and Amanda Hosking*. 2008;46(3):288–302.
48. Organización Mundial de la Salud (OMS). Evidence on the long-term effects of breastfeeding.
49. Ñ CJG. Secrets and lies : Breastfeeding and professional paid work. 2007;65:393–404.
50. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA, et al. Breastfeeding Discontinuation. 2003;112(1).
51. Cooklin AR, Donath SM, Amir LH. Maternal employment and breastfeeding : results from the longitudinal study of Australian children. 2008;620–3.
52. Scott JA, Aitkin I, Binns CW, Aroni RA. Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth , Australia. 1999;416–21.
53. Australia P of. Budget Review 2009 – 10 Introduction. 2009;(May).
54. McBride AB. Mental Health Effects of Women ' s Multiple Roles. 1986;1985–8.
55. Hewitt B, Strazdins L, Martin B. Social Science & Medicine The bene fi ts of paid maternity leave for mothers ' post-partum health and wellbeing : Evidence from an Australian evaluation. Soc Sci Med [Internet]. 2017;182:97–105. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.022>
56. Marmot M. The Influence Of Income On Health: Views Of An Epidemiologist. 2002;
57. Butterworth AP, Leach LS, Strazdins L, Olesen SC, Rodgers B, Broom DH, et al. The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health : results from a longitudinal national household panel survey Stable URL : <https://www.jstor.org/stable/23047940> The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health : results from a longitudinal national household panel survey. 2019;68(11):806–12.
58. Raphael D. SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH : PRESENT STATUS , UNANSWERED QUESTIONS , AND FUTURE DIRECTIONS. 36(4):651–77.
59. Strazdins L, Welsh J, Korda R, Broom D, Paolucci F. Not all hours are equal : could time be a social determinant of health ? 2016;38(1):21–42.
60. OECD. Labour force stadistics for sex and age: Indicators.
61. Höge T. When work strain transcends psychological boundaries : an inquiry into the relationship between time pressure , irritation , work – family conflict and psychosomatic complaints. 2009;51(September 2008):41–51.

62. Roxburgh S. 'There Just Aren't Enough Hours in the Day': The Mental Health Consequences of Time Pressure. 2008;45(2):115–31.
63. Brady MT. Infectious disease in pediatric out-of-home child care. :276–85.
64. Khanam R, Nghiem S, Connelly L. The effects of parental leave on child health and postnatal care : Evidence from Australia. *Econ Anal Policy* [Internet]. 2016;49:17–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eap.2015.09.005>
65. Baker M, Milligan K, Baker M, Milligan K. Evidence from Maternity Leave Expansions of the Impact of Maternal Care on Early Child Development Maternal Care on Early Child Development Evidence from Maternity Leave Expansions of the Impact of. Vol. 45. 2018. 1-32 p.
66. Sherlock RL, Synnes AR, Koehoorn M. Working mothers and early childhood outcomes : Lessons from the Canadian National Longitudinal study on children and youth. 2008;237–42.
67. Baker M, Gruber J, Milligan K, Journal S, August N, Baker M. Universal Child Care , Maternal Labor Supply , and Family Well - Being Published by : The University of Chicago Press Universal Child Care , Maternal Labor Supply , and Family Well-Being Jonathan Gruber Kevin Milligan. 2008;116(4):709–45.
68. Brooks-gunn J, Han W, Waldfogel J. Maternal Employment and Child Cognitive Outcomes in the First Three Years of Life : The NICHD Study of Early Child Care. 2002;73(4):1052–72.
69. Baker M, Milligan KS, Baker M. Maternal Employment, breastfeeding and health: Evidence from Maternity Leave Mandates. 2007.
70. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Vanilovich I, Mezen I. Promotion of Breastfeeding. 2015;285(4).
71. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet J, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding 1 – 3. 2003;
72. Madrid R, C CC, Cortés R. Impacto de la extensión del postnatal en la adherencia a la lactancia materna . Estudio de Cohorte The impact of the extension of the post-natal in the adherence to breastfeeding . Cohort study. 2018;89(4):484–90.
73. Holmes A V. Establishing Successful Breastfeeding in the Newborn Period. *Pediatr Clin NA* [Internet]. 2013;60(1):147–68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.013>
74. A M, Carrazana A, Pinheiro A. GUÍA DE ALIMENTACIÓN DEL GUÍA DE ALIMENTACIÓN. 2015;
75. Statement P. Breastfeeding and the Use of Human Milk. 2012;129(3).
76. Ms K, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). 2012;(8).
77. Gale C, Logan KM, Santhakumaran S, Parkinson JRC, Hyde MJ, Modi N. Effect of

breastfeeding compared with formula feeding on infant body composition : a systematic review and meta-analysis 1 – 3. 2012;(3):656–69.

78. Subsecretaria de Salud Pública M de S. ENCUESTA NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA EN LA. 2013;
79. Mirkovic KR, Perrine CG, Scanlon KS, Grummer-strawn LM. Maternity Leave Duration and Full-time / Part-time Work Status Are Associated with US Mothers ' Ability to Meet Breastfeeding Intentions. 2014;1–4.
80. Ryder G. La maternidad y la paternidad en el trabajo. 1981;1981.
81. Caro P, Guerra X. Tendencia de la lactancia materna exclusiva en Chile antes y después de la implementación de la Ley postnatal parental Trend of exclusive breastfeeding in Chile before and after the parental postnatal law. 2018;89(2):190–5.
82. Salud D de estadísticas e información en salud. CM de. Manuales series REM 2008-2013. 2013.
83. BCN. Modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental. Ley 20545. Chile; 2011.
84. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. 2015;29(1):4–9.
85. Andres E, Andres E. Maternity Leave Access and Health : A Systematic Narrative Review and Conceptual Framework Development. *Matern Child Health J*. 2016;20(6):1185–99.
86. Rossin M. The effects of maternity leave on children ' s birth and infant health outcomes in the United States &. *J Health Econ* [Internet]. 2012;30(2):221–39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.01.005>
87. Berger LM, Hill J, Waldfog J. Maternity Leave , Early Maternal Employment and Child Health and Development in the US Author (s): Lawrence M . Berger , Jennifer Hill and Jane Waldfogel Published by : Wiley on behalf of the Royal Economic Society Stable URL : <https://www.jstor.org/stable/3590462>. 2019;115(501):28–47.
88. Lichtman-sadot S. Child Health in Elementary School Following California ' s Paid Family Leave Program. 2017;36(4):790–827.
89. Chatterji P, Markowitz S. Does the Length of Maternity Leave Affect Maternal Health ? 2005;72(July 2004):16–41.
90. Markowitz S. Family Leave After Childbirth and the Health of new mothers. 2008;
91. Allport BS, Johnson S, Aqil A, Labrique AB, Nelson T, Kc A. Promoting Father Involvement for Child and Family Health. *Acad Pediatr* [Internet]. 2018;18(7):746–53. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.03.011>
92. Allen S, Daly K. The Effects of Father Involvement : An Updated Summary of the

Evidence. 2007.

93. Strauss RS, Knight J. Influence of the Home Environment on the Development of Obesity in Children. 2019;2019(6).
94. Mathews TJ, Curtin SC, Macdorman MF, Ph D, Statistics V. Infant Mortality Statistics from the 1998 Period Linked Birth / Infant Death Data Set. 2000;
95. Connor TGO, Davies L, Dunn J, Golding J. Distribution of Accidents , Injuries , and Illnesses by Family Type. 2000;106(5).
96. Yarrow LJ. Infant development i n father-absent families*’. 1979;51–61.
97. Demo DH. Family Relations,. 2016;45(2).
98. Lamb ME, Pleck J. The Role of the Father in Child Development. 1985;(December 2015).
99. Cairney J, Boyle M, Offord DR, Racine Y. Stress , social support and depression in single and married mothers. 2003;442–9.
100. D BGP, Reichlin L. Paid Parental Leave in the United States : What the Data Tell Us about Access , Usage , and Economic and Health Benefits Paid Parental Leave in the United States : What the Data Tell Us about. 2014;
101. Gsfk C, Simonetta J, Ave C, Daley K. Family and Medical Leave in. 2014;
102. Boll C, Leppin J, Reich N. Paternal childcare and parental leave policies : evidence from industrialized countries. 2014;129–58.
103. Jou J, Kozhimannil KB, Abraham JM, Blewett LA, MCGovern PM. Paid Maternity Leave in the United States : Associations with Maternal and Infant Health. *Matern Child Health J* [Internet]. 2018;22(2):216–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-017-2393-x>
104. Huang R, Yang M. Economics and Human Biology Paid maternity leave and breastfeeding practice before and after California ’ s implementation of the nation ’ s first paid family leave program. *Econ Hum Biol* [Internet]. 2015;16:45–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehb.2013.12.009>
105. Dagher RK, Dowd BE. Maternity Leave Duration and Postpartum Mental and Physical Health : Implications for Leave Policies. 2014;39(2).
106. Inverno ASD, Reidy DE, Kearns MC. Preventing intimate partner violence through paid parental leave policies ☆. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2018;114(November 2017):18–23. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.05.024>
107. Bacile K. STOP SV :
108. Niolon P. Preventing Intimate Partner Violence Across the Lifespan : A Technical Package of Programs ,.
109. Whitaker DJ, Murphy CM, Eckhardt CI, Hodges AE, Cowart M. Effectiveness of Primary Prevention Efforts for Intimate Partner Violence. 2013;4(2):175–95.

110. Eckhardt CI, Murphy CM, Whitaker DJ, Sprunger J, Lafayette W, Woodard K. The Effectiveness of Intervention Programs for Perpetrators and Victims of Intimate Partner Violence. 2013;4(2):196–231.
111. Reidy ID, Niolon PH. DIRECTIONS FOR FUTURE RESEARCH ON THE NATURE AND PREVENTION OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE Dennis Reidy and Phyllis Holditch Niolon. 2000;1–8.
112. McGovern PM. Time off Work and the Postpartum Health of Employed Women Author (s): Patricia McGovern , Bryan Dowd , Dwenda Gjerdingen , Ira Moscovice , Laura Kochevar and William Lohman Published by : Lippincott Williams & Wilkins Stable URL : <https://www.jstor.org/>. 2018;35(5):507–21.
113. Gjerdingen D, Chaloner K. The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth and social support. *J Fam Pract*. 1994;38(465).
114. Williams M, Wilkins M. Stedman's Medical Dictionary. 25th ed. Baltimore; 1990. 1290 p.
115. Kools EJ, Thijs C, Kester ADM, Vries H De. The motivational determinants of breast-feeding : Predictors for the continuation of breast-feeding. 2006;43:394–401.
116. Butikofer A, Riise J, Skira M. The Impact of Paid Maternity Leave on Maternal Health. *Ssrn*. 2018;
117. Ferrarini T. Parental leave institutions in eighteen post-war welfare states. *Research SI for S, University S, editors*. Stockholm: Swedish Institute for Social Research, Stockholm University; 2003. 166 p.
118. SOU. Reformed parental insurance—love, care, security. Sweden: Ministry of Health and Social Affairs; 2005 p. 73.
119. Olah L. Gendering family dynamics: the case of Sweden and Hungary. First. Department of Demography S, University, editors. Stockholm: Department of Demography, Stockholm University; 2001.
120. Ringb G. Premature mortality among lone fathers and childless men. 2004;59:1449–59.
121. Lundberg M, Magnusson C, Laflamme L, Ma A. Dangerous dads ? Ecological and longitudinal analyses of paternity leave and risk for child injury. 2012;1001–4.
122. Report E, Child ON, Prevention I. European report on child injury prevention.
123. Peden M, Oyegbite K. World report on child injury prevention World report on child injury prevention.
124. Saluja G, Brenner R, Morrongiello BA, Haynie D, Rivera M, Cheng T. The role of supervision in child injury risk: definition, conceptual and measurement issues. *Inj Control Saf Promot*. 2004;11(1):17–22.
125. Morrongiello BA. Caregiver Supervision and Child-Injury Risk : I . Issues in Defining and Measuring Supervision ; II . Findings and Directions for Future

Research. 2003;

126. Schwebel DC, Kendrick D. Caregiver supervision and injury risk for young children : time to re-examine the issue. 2009;15(4):217–9.
127. Nakahara S, Ichikawa M. Care giver supervision and child injuries : consideration of different contexts when translating knowledge into practice. 2010;16(5).
128. OMS. Fatherhood and Health GENDER IDENTITY HEALTH PARENTING.
129. Norström L, Lindberg L, Månsdotter A. Could gender equality in parental leave harm off- springs ’ mental health ? a registry study of the Swedish parental / child cohort of 1988 / 89. *Int J Equity Health* [Internet]. 2012;11(1):19. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/19>
130. Månsdotter A, Backhans M, Hallqvist J. The relationship between a less gender-stereotypical parenthood and alcohol-related care and death : A registry study of Swedish mothers and fathers. 2008;13.
131. Johansson K, Wennberg P, Hammarstro A. Parental leave and increased physical activity of fathers and mothers — results from the Northern Swedish Cohort. 2013;935–40.
132. Lee I, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Eff ect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide : an analysis of burden of disease and. *Lancet* [Internet]. 380(9838):219–29. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
133. Tuyckom C Van, Velde S Van De, Bracke P. Does country-context matter ? A cross-national analysis of gender and leisure time physical inactivity in Europe. 2009;452–7.
134. Bosdriesz JR, Witvliet MI, Visscher TLS, Kunst AE. The influence of the macro-environment on physical activity : a multilevel analysis of 38 countries worldwide. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2012;9(1):1. Available from: *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*
135. Axelsen M, Danielsson M, Norberg M, Sjöberg A. Eating habits and physical activity Health in Sweden : The National Public Health Report 2012 . Chapter 8 . 2012;40(Suppl 9):164–75.
136. Rhodes RE, Blanchard CM, Benoit C, Patti RL, Naylor J, Symons D, et al. Physical activity and sedentary behavior across 12 months in cohort samples of couples without children , expecting their first child , and expecting their second child. 2014;533–42.
137. Artazcoz AL, Cortès I, Cascant L, Villegas R, Artazcoz L, Escriv V, et al. Understanding the relationship of long working hours with health status and healthrelated behaviours. 2019;63(7):521–7.
138. Ma A, Lindholm L, Lundberg M, Winkvist A, Ann O. Parental share in public and domestic spheres: a population study on gender equality, death, and sickness “.

2006;(p 280):616–20.

139. Sen G. The Case for Gender in Health Research Equity. *J Heal Manag*. 2002;4(Williams 1997):99–117.
140. Sabo D, Gordon D. Men ' s Health and Illness : Gender , power and the body. 1998;1998.
141. Okin SM. Justice, gender and the family.
142. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men ' s well-being : a theory of gender and health. 2000;50.
143. Science S. Explaining differential rates of mortality decline for Swedish men and women : a time-series analysis , 1945 ± 1992. 1999;48:1759–77.
144. McCloskey C. DEMOGRAPHIC RESEARCH Trends in gender differences in accidents mortality : Relationships to changing gender roles and other societal trends Ingrid Waldron. 2005;13.
145. DIWP, Waldron I, Ph D. Why do Women Live Longer than Men ? WHY DO WOMEN LIVE LONGER THAN MEN ? 2015;(November).
146. Månsdotter A, Lindholm L, Öhman A. Women , men and public health — how the choice of normative theory affects resource allocation. 2004;69:351–64.
147. Krantz G, Berntsson L, Lundberg U. Total workload , work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. 2005;15(2):209–14.
148. Goode WJ. American Sociological Association. 2014;25(4):483–96.
149. Madans JH. Social Roles and Health Trends of American Women Author (s): Lois M . Verbrugge and Jennifer H . Madans Source : The Milbank Memorial Fund Quarterly . Health and Society , Vol . 63 , No . 4 (Autumn , Published by : Wiley on behalf of Milbank Memorial Fund Stable URL : <https://www.jstor.org/stable/3349855> REFERENCES Linked references are available on JSTOR for this article : You may need to log in to JSTOR to access the linked references . Social Roles and Health Trends. 2019;63(4):691–735.
150. Barnett R. Women and multiple roles: Myths and reality.
151. Macran S. Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in longitudinal study of England and Wales. 1994;38(2):285–97.
152. Barnett RC, Marshall NL, Pleck JH, Journal S, May N. Linked references are available on JSTOR for this article : Men ' s Multiple Roles and Their Relationship to Men ' s Psychological Distress. 2019;54(2):358–67.
153. Simon RW. Gender , Multiple Roles , Role Meaning , and Mental Health Author (s): Robin W . Simon Source : Journal of Health and Social Behavior , Vol . 36 , No . 2 (Jun . , 1995), pp . 182-194 Published by : American Sociological Association Stable URL : <https://www.jstor.org/stable/2137224>. 2019;36(2):182–94.

154. Staehelin K, Bertea PC, Stutz EZ. Length of maternity leave and health of mother and child – a review. 2007;52:202–9.
155. Heuvel M Van Den, Hopkins J, Biscaro A, Srikanthan C, Feller A, Bremberg S, et al. A comparative analysis of early child health and development services and outcomes in countries with different redistributive policies. BMC Public Health [Internet]. 2013;13(1):1. Available from: BMC Public Health
156. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A, Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Linked references are available on JSTOR for this article : Has the m ? dicalisation of childbirth gone too far ? 2019;324(7342):892–5.
157. Whalen B, Cramton R. Overcoming barriers to breastfeeding continuation and exclusivity. 2010;
158. Hertzman C, Williams R. Making early childhood count. 2009;180(1).
159. Winegarden ACR, Bracy PM. Demographic Consequences of Maternal-Leave Programs in Industrial Countries : Evidence from Fixed-Effects Models
Demographic Consequences of Maternal-Leave Programs in Industrial Countries : Evidence. 2018;61(4):1020–35.
160. Nandi A, Hajizadeh M, Harper S, Koski A, Strumpf EC, Heymann J. Increased Duration of Paid Maternity Leave Lowers Infant Mortality in Low- and Middle-Income Countries : A Quasi-Experimental Study. 2016;1–18.
161. Heymann J, Raub A, Earle A, Heymann J. The Case of Maternal Leave Creating and Using New Data So to Analyze the Relationship Betw Social Policy and Global Health : 2019;126(October 2011):127–34.
162. Victora CG, Barros AJD. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to ... 2000;
163. Aaby P, Samb B, Simondon F, Marie A, Seck C, Knudsen K, et al. Non-Specific Beneficial Effect Of Measles Immunisation : Analysis Of Mortality Studies From Developing Countries Author (s): Peter Aaby , Badara Samb , Francois Simondon , Awa Marie Coll Seck , Kim Knudsen and Hilton Whittle Published by : BMJ Stable URL : <https://www.jstor.org/stable/29728437> Non-specific beneficial effect of measles immunisation : analysis of mortality studies from developing countries. 2019;311(7003):481–5.
164. Parashar U, Patel M. Effect of Rotavirus Vaccination on Death from Childhood Diarrhea in Mexico. 2010;299–306.
165. Hajizadeh M, Heymann J, Strumpf E, Harper S, Nandi A. Social Science & Medicine Paid maternity leave and childhood vaccination uptake : Longitudinal evidence from 20 low-and-middle-income countries. Soc Sci Med [Internet]. 2015;140:104–17. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.008>
166. Ezeh OK, Agho KE, Dibley MJ, Hall J, Page AN. Determinants of neonatal mortality in Nigeria : evidence from the 2008 demographic and health survey.

2014;14(1):1–10.

167. Zwane E, Masango S. Factors influencing neonatal mortality : an analysis using the Swaziland Demographic Health Survey 2007 us e ci er on m on er al. 2012;3.
168. Mekonnen Y, Tensou B, Telake DS, Degeffie T, Bekele A. Neonatal mortality in Ethiopia : trends and determinants. BMC Public Health [Internet]. 2013;13(1):1. Available from: BMC Public Health
169. Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. Type of delivery attendant , place of delivery and risk of early neonatal mortality : analyses of the 1994 – 2007 Indonesia Demographic and Health Surveys. 2012;(August 2011):405–16.
170. Nisar Y Bin, Dibley MJ. Determinants of neonatal mortality in Pakistan : secondary analysis of Pakistan Demographic and Health Survey 2006 – 07. 2014;14(1):1–12.
171. Titaley CR, Dibley MJ. Antenatal iron / folic acid supplements , but not postnatal care , prevents neonatal deaths in Indonesia : analysis of Indonesia Demographic and Health Surveys 2002 / 2003 – 2007 (a retrospective cohort study). 2012;1–11.
172. Kumar C, Kumar P. Early Neonatal Mortality in India , 1990 – 2006. 2013;120–30.
173. Victora CG, Requejo JH, Barros AJD, Berman P, Bhutta Z, Boerma T, et al. Countdown to 2015 : a decade of tracking progress for maternal , newborn , and child survival. 2016;2049–60.
174. Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, Mahanani WR, Gore FM, Cousens S, et al. Neonatal Mortality Levels for 193 Countries in 2009 with Trends since 1990 : A Systematic Analysis of Progress , Projections , and Priorities. 2011;8(8).
175. Nandi A. The Impact of Parental and Medical Leave Policies on Socioeconomic and Health Outcomes in OECD Countries: A Systematic Review of the Empirical Literature. 2018;96(3):434–71.
176. Becker G. A treatise on the family. Harvard Un. Harvard University Press; 1981. 441 p.
177. Avendano M, Berkman LF, Brughiavini A, Pasini G. Social Science & Medicine The long-run effect of maternity leave bene fi ts on mental health : Evidence from European countries. Soc Sci Med [Internet]. 2015;132:45–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.037>
178. Aitken Z, Garrett CC, Hewitt B, Keogh L, Hocking JS, Kavanagh AM. Social Science & Medicine The maternal health outcomes of paid maternity leave : A systematic review. Soc Sci Med [Internet]. 2015;130:32–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.001>
179. Månsdotter A, Backhans M, Hallqvist J. The relationship between a less gender-stereotypical parenthood and alcohol-related care and death: A registry study of Swedish mothers and fathers. BMC Public Health. 2008;8.

Anexos

Anexo 1: Formato de entrevista

Formato de entrevista

Fecha:

Nombre del entrevistado:

Objetivo:

Conocer posibles barreras y oportunidades en implementación de extensión de postnatal parental en Chile.

Preguntas:

- 1.- ¿Qué opinión tiene usted de la situación del postnatal parental en Chile en comparación con el resto del mundo?
- 2.- ¿Según usted cuáles serían las principales barreras en la implementación de una extensión del postnatal parental en Chile? ¿Cómo las abordaría?
- 3.- ¿Cuáles cree usted que serían las principales oportunidades de implementación de una extensión del postnatal parental en Chile? ¿Cómo las utilizaría?
- 4.- ¿Qué recomendaciones haría usted para contemplar dentro de una propuesta de implementación de extensión del postnatal parental en Chile?

Anexo 2 Entrevista 1

Entrevista realizada a Médico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, especialista en Salud Pública y Medicina Familiar del Niño, Doctor en Psicología, Magister en Salud Pública (Epidemiología) y Diplomado en Ética Clínica y Social de la Unesco. Tiene estudios de postgrado y Research Fellow en la Escuela de Negocios del Imperial College de la salud, particularmente en el área de salud mental infanto-juvenil, terapias complementarias y en aspectos éticos de la salud pública. Actualmente se desempeña como Docente de postgrado en el área de metodología de investigación en salud (técnicas mixtas), evaluación de políticas y programas, bioética y ciencias sociales y del comportamiento en salud. Es consultor para organismos internacionales, así como de los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social de Chile. Además, perteneció al Consejo Asesor Presidencial “Mujer, Trabajo y Maternidad” de Chile, donde participó en la comisión de salud del postnatal parental que posteriormente se promulgó ley en el año 2011. Actualmente, es miembro del Consejo Consultivo de la Ley GES y de la Comisión de Priorización de la Ley Ricarte Soto. Para efectos de mantener la confidencialidad del entrevistado, es que se denominará como “Académico”

Investigador: ¿Qué opinión tiene usted de la situación del postnatal parental en Chile en comparación con el resto del mundo?

Académico: Haber, lo que pasa es que Chile tiene una situación privilegiada en términos de permiso parental... En general, todos estos permisos prenatal y postnatal en Chile están asociados a derecho ¿no? Es una situación bien ventajosa en relación a otros países en el mundo, bueno, salvo los países escandinavos y algunos países europeos, entonces, en el contexto latinoamericano, por ejemplo, es bien notable. Ahora, con lo que teníamos, que era el prenatal y el postnatal que era destinado fundamentalmente a la madre, con esta extensión que se hizo con la reforma, que fue hasta los 6 meses, con la posibilidad de una extensión parental, más el permiso en el momento después del parto para los padres que pudieran acompañar a, eso es un avance importante en materia de entender un concepto a mi juicio fundamental que es la corresponsabilidad en el cuidado. Entonces, es fue el foco. Yo participé de la comisión de esa reforma y ese fue el foco, osea favorecer todo aquello que vaya dirigido a dar señales en la política pública de la corresponsabilidad en el cuidado de los niños. Y además porque tiene ciertas ventajas, ¿no es cierto?, el hecho de generar esta corresponsabilidad mejora las dinámicas familiares, permite también que los niños estén mejor y que las familias estén mejor. Entonces, tenía ventajas por todos lados. Entonces, la situación de Chile en ese sentido, respecto del mundo es bastante buena comparativamente, pero obviamente nos falta frente a otros países. El tema es que es más bien una señal, porque el uso real de esos permisos por parte de los padres no ha sido tan grande, yo diría que las parejas más jóvenes están haciendo más uso de ellos, por lo que yo sé de los antecedentes, pero creo que esta cuestión es un tema de cambio cultural, entonces va a ser un poco más lento, pero va a ir hacia allá, y tiene que reforzarse con otras medidas políticas que no se han hecho, que no se pudieron hacer, pese a que nosotros las dejamos anunciadas que tiene que ver por ejemplo con el incentivar por ejemplo que el derecho a sala cuna no sea solamente

para la madre, sino también sea para el padre. Entonces ahí estamos, porque eso da también la señal de que aquí hay una corresponsabilidad.

Investigador: Ahora, ¿algún indicador de que porqué se extendió hasta que la madre tuviera seis meses post parto?

Académico: Ahhh, fue super debatido, fue super discutido, y básicamente ahí primó, mira, el concepto fue, tratar de mantener la relación con la madre el máximo tiempo posible para privilegiar el tema de la lactancia materna. Ese fue como el gran argumento médico, y flexibilizarlo, porque también existen formas de dar lactancia materna sin tener que estar presente con el niño, ¿no es cierto?, tratar de flexibilizarlo con la posibilidad de que el padre pudiera participar del cuidado, de manera de no cargarle la responsabilidad, no solamente la corresponsabilidad en el cuidado, sino el tema del trabajo a la madre. Que, desde el lado de los empresarios, que habían empresarios en esta comisión que fue familia-maternidad, que hizo el primer gobierno de Sebastián Piñera, habían algunas personas que eran expertos en el tema laboral y económico que decían que en el fondo, si tú le cargabas mucho “la mata” a las madres, eso significaba que podría afectar la empleabilidad de las mujeres, que es un tema super relevante, porque tenemos una brecha en el país importante. Entonces el crear esta flexibilización, de alguna manera permitía que la madre pueda volver al trabajo ¿verdad?, y que de alguna manera el padre también se haga corresponsable. Esa fue la idea.

Investigador: ¿Y que causa usted atribuye a que el hombre esté tomándose menos este tiempo de postnatal parental y que no lo esté tomando, en el fondo que la mujer no se lo esté cediendo al padre?

Académico: Si, claro. Una, hay un fenómeno super importante, como se llama, de la constitución de los niños que nacen en este momento en el país, que tú sabes que hay un predominio de hogares monoparentales, y que hay un aumento de las mujeres que declaran que en realidad no tienen pareja, o que no están viviendo con la pareja. Entonces, por lo tanto, la decisión respecto del cuidado está claramente en la mujer. Y los últimos datos muestran que la cosa va en ascenso, entonces, eso es super complicado, porque uno quisiera, independiente de que tu vivas con tu pareja o no vivas con tu pareja o ya fue tu pareja, a lo mejor, ese niño se está perdiendo la posibilidad de contar con un cuidado por parte de la otra, pero si hay una pugna entre los 2, es muy difícil, entonces, ese es un tema, que no ha sido tan estudiado, pero es un problema. El otro tema es que, desde el punto de vista económico, el que el padre ceda, osea, que deje de trabajar, es entendido, y que sea cedido, osea que la madre ceda... Haber, las mujeres en general, en algunos puestos de trabajo ganan bastante menos que los hombres. Entonces, el costo de oportunidad de la madre, respecto del padre es alto, y en general en las familias, a veces no están dispuestas, sobre todo en niveles socioeconómicos más altos, porque es ahí donde están las brechas más importantes a ceder. ¿Ya?, entonces las mujeres dicen “yo me hago cargo, porque en realidad mira, yo gano 200 mil pesos y tu ganai 600”, entonces hay una diferencia y con él, lo que cubre respecto a eso... Entonces, también hay un desincentivo por ese lado, por eso es tan importante el tema del, de cómo se llama, de mejorar las condiciones laborales de las mujeres.

Investigador: Según usted, ¿Cuáles serían las principales barreras en la implementación de una extensión del postnatal parental? Principales Barreras. Y ¿Cómo las abordaría?

Académico: Bueno, la principal barrera para que los padres, porque ya existe ¿no?, para que los padres tomen eso, tiene que ver con el tema económico. Por lo que te acabo de decir ¿no? Esa es la principal barrera.

Investigador: ¿Y para una extensión de ese periodo?

Académico: ¿Más largo tú dices? ¿Más allá de los 6 meses, que fuera hasta los 9 meses?

Ninguna viabilidad económica. No, no tiene, osea. Nosotros lo estudiamos y lo analizamos con los economistas e hicimos un modelo, y la verdad en que dadas las condiciones del país y el porcentaje... Lo que se hizo... Puede ser que, a futuro, pero desde el punto de vista de la tensión que hay en el campo de la, del trabajo, no es factible en estos momentos. Porque si no, el riesgo es, como se llama, que... Hay factores económicos digamos, que hacen que no sea muy viable estas condiciones, ahora, eso dicho desde la parte de los economistas. El mundo laboral no estaría preparado para sostener la ausencia por un tiempo mucho más prolongado de los hombres, por ejemplo. ¿De las mujeres? Tampoco. Así nos lo dijeron. No están en condiciones de eso, porque significa para ellos el costo del reemplazo muy importante, entonces, no hay incentivos en la ley laboral para el tema del reemplazo, y si son reemplazos más prolongados, generas también, complicaciones del punto de vista de la legislación laboral. Eso es lo que nos decían. Entonces, por ejemplo, hay un timing, osea podría ser, “te contrato por la faena”, pero tú no tienes las capacidades para hacerte cargo de ese puesto de trabajo, entonces en algunas tareas era super complicado el tema del reemplazo por tiempos muy prolongados, entonces decía, “bueno al final lo que yo prefiero es contratar...” mira lo que decían, “contratar a personas que no vayan a embarazarse, que hayan cerrado su etapa reproductiva”

Investigador: ¿Y cómo abordaría usted ese problema?

Académico: Ahhh, es que esa es una discusión muy peluda. Nos demoramos nosé cuantos meses... jajaja. Es una discusión muy.... Yo creo que lo que hay en este momento, osea, yo no extendería más, así te lo digo honestamente. Yo creo que lo que hay que incentivar, es primero mejorar el mercado laboral de las mujeres para que realmente haya un incentivo para que los padres (masculino) tomen también la extensión del postnatal. Que esa flexibilización se haga bien ¿no es cierto?, y, por lo tanto, trabajemos más bien el cambio cultural. Yo me voy por allá. Yo creo que se está dando en las nuevas generaciones, y hay otra cosa que hay que hacer, es informar mejor como se usa, porque muchas familias, lo que uno sabe, es que familias sobre todo que tienen condiciones laborales precarias ¿no?, que tienen contratos por plazos... Tú tienes por ejemplo ciertos requisitos para poder tomarte ese postnatal ¿no cierto?, ese postnatal no puede ser si tú tienes un contrato por 6 meses ¿no?, entonces, ¿cuáles son los criterios?, revisar los criterios para que efectivamente puedas tomártelo, osea más bien lo que hay que hacer es aumentar la cobertura del beneficio hacia un mayor número de trabajadoras y tipos de trabajadoras y familias trabajadoras, más que extender el postnatal o la extensión del cuidado parental. Osea, yo voy por eso, porque hay mucha desigualdad.

Investigador: ¿Y cuáles cree usted que serían las principales oportunidades de implementación de una extensión del postnatal parental? Ahora, oportunidades. ¿Cómo las utilizaría?

Académico: Yo creo que hay pocas oportunidades en la práctica. Porque no hay incentivos por el lado de la empresa y no hay incentivo... desde el mundo de la empresa, me refiero al mundo del trabajo, no hay incentivos para la extensión, y tampoco hay incentivos sociales para que te tomes un tiempo más prolongado.

Investigador: ¿Y con este tema de la igualdad de género, por ejemplo, de igualdad de roles?

Académico: Es que sabes lo que pasa, es que por eso yo creo que con lo que hay... Si lo que hay no se usa... Y además está limitado a un conjunto que tiene ciertos criterios de uso desde la... como se llama, de la seguridad social, y no está expandido a un grupo más grande, que se ha ido corrigiendo... no, y yo creo que uno de los indicadores, yo te insisto, yo, ahí... Muchas veces lo hemos dicho, el tema de la extensión del uso de la sala cuna es un tema crítico ¿no?, ¿Cuándo la sala cuna?, ¿Cómo entra?, y ese juego, y el pensar que el hombre puede tener derecho a sala cuna, y por lo tanto, la contratación de un hombre saldría del punto de vista de las empresas o del mundo del trabajo, más o menos similar, es un tema relevante para después proyectar cuando le doy ese derecho y extender el cuidado postnatal, osea el cuidado de los niños por más tiempo, osea, este permiso.

Investigador: ¿Puede estar ligado también este tema de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses que recomienda la OMS y que también recomiendan los médicos en la atención primaria, ligado a que los hombres no, o que la mujer no ceda este tiempo, priorizando el tema de la lactancia materna?

Académico: Yo creo que no fíjate. Osea, primero, porque tenemos entre un 40 y un 60% de lactancia materna exclusiva a los 6 meses. ¿ya?, entonces, por lo tanto y generalmente las que tienen esa lactancia materna exclusiva de 6 meses, no están en el mundo del trabajo. Es bien curioso, entonces, yo creo que, puede que en un grupo de ellas esté este tema, pero yo creo que tiene más que ver con temas más de 1.- de género, de rol de género, “yo soy la que cuido a los niños” y uno, y que tiene que ver también con un rol de la producción económica al interior de una familia. Que finalmente es súper influyente. De hecho, ¿por qué las mujeres aceptan trabajos que ganan menos a igual calificación? Entonces, no, yo creo que no, y, además, se ha avanzado en algunos lugares hartito en, sobre todo en APS, en algunos lugares, el tema del apoyo a las mujeres que están entrando a la etapa laboral, el apoyo a la lactancia materna, entonces como que, no es tan... Hay que estudiarlo más sí.

Investigador: ¿Qué recomendaciones haría usted para contemplar dentro de una propuesta de implementación de extensión del postnatal parental? ¿Qué recomendaciones haría usted si es que hubiese una propuesta?

Académico: ¿ya?, ¿de extensión del postnatal parental? ¿para padres y madres?

Investigador: Para ambos.

Académico: Osea con lo que se tiene hasta ahora, pero pensando en extenderlo más... La gran recomendación es que hay que tener las espaldas económicas para sostener una cosa así. Y eso hay que pensarlo bien. Es que yo no estoy tan de acuerdo en extenderlo más fíjate. En este momento, entonces, me resisto a recomendar, si bien hay países que tienen... Mira, lo que pasa en algunos países, pasan cuestiones tan raras como, en Inglaterra por ejemplo, que tienen un período, las mujeres se quedan durante 2 años prácticamente, porque no tienen ningún incentivo para entrar antes al mundo del trabajo y lo que ha pasado, 1.- Es que nacen menos niños, que ya en Chile tenemos problemas y 2.- Después el ingreso va asociado a un rezago respecto a las capacidades que tienen los hombres, entonces, se produce en el mundo del trabajo una desigualdad, y si ya tenemos problemas de desigualdad en Chile al respecto... A mí me asusta que una extensión no bien hecha se pueda más bien favorecer una mayor desigualdad para las mujeres, especialmente para la mujer, porque tiene que ir aparejada, de estas otras cosas que te estoy diciendo. Revisar toda la seguridad social, revisar el tema de la cobertura, ¿quiénes tienen mujeres y familias trabajadoras?, ¿Cuál es el resultado deseado? ¿Corresponsabilidad o qué?, segundo, ¿Cómo vamos después con los cuidados institucionales de los niños?, osea, hay que mirarlo en conjunto, entonces, yo creo que es una tarea que habría que hacerla, pero lo primero que hay que hacer, mi recomendación antes de ninguna extensión es evaluar bien que es lo que ha pasado con el cuidado, con la extensión que ya se ha hecho. ¿Esto cuántos años lleva? 8 años, no, lleva menos, 6 años en realidad. Evaluar bien que ha pasado en términos de las expectativas que se tenían, ¿quiénes han entrado?, ¿cuáles son los perfiles? Y eso yo no lo he visto hecho, he visto como las cifras gruesas, pero no el análisis más en detalle, osea, mi recomendación antes de cualquier cosa, analicen lo que ha pasado ahora, desde el punto de vista de la política pública, ¿Cuál es el impacto que ha tenido en todos los campos? Y mirar para desde ahí partir un diseño de extensión si es necesario.

Investigador: Muchas gracias.

Anexo 3: Entrevista 2

Entrevista realizada a Médico pediatra especialista en Salud Pública, ha trabajado como consultor OPS/OMS, UNICEF, BID. Ha sido Ministro de Salud, además de participar del Consejo de Infancia. Junto a lo anterior, ha participado de políticas públicas de desarrollo infantil temprano, participando de manera importante de la Política de Protección Social de la Infancia “Chile Crece Contigo”. Para efectos de resguardar la identidad, es que de ahora en adelante, se le denominará “Político”:

Investigador: ¿Qué opinión tiene usted de la situación del postnatal parental en Chile en comparación con el resto del mundo?

Político: Bueno, la pregunta tiene también varias respuestas. El resto del mundo es bien variado. Va desde países desarrollados que tienen descanso no pagado, por lo tanto, también es un tema, a países que dan 2 años, como Finlandia, y países que entregan mucho capital, dijéramos, para la crianza y para desarrollar todo el apego y todos los factores, biológicos, psicológicos, sociales del desarrollo integral de los niños. Claro, en esos países que son hiper desarrollados, que tienen un estado que se hace cargo de los derechos, entonces se considera que el niño, desde los derechos del niño, tiene derechos a tener el máximo tiempo posible en relación con sus padres cercanos, no institucionalizarse tan precozmente, y esos países, tienen probablemente los mejores indicadores, en términos, claro a la vez son países que tienen una serie de otros factores... La neurociencia, claro, si uno mira los argumentos de la neurociencia, existen montones de argumentos en relación al tipo de sinapsis, a lo que significa en el desarrollo infantil una serie de estímulos que es muy difícil que lo reciban si es fuera del seno de la familia. Así que en ese sentido, no cabe duda de que ahí los estudios de economía muestran la costo efectividad de las intervenciones tempranas, que son los primeros 1000 días de vida básicamente, donde uno diría, bueno 1000 días de vida, considerando los 9 meses del embarazo, uno diría, ojalá el postnatal durara hasta que terminen los 1000 días. De manera de poder optimizar ese período, y generar las posibilidades reales de que cada niño alcance el nivel de desarrollo que trae su potencial de desarrollo. Entonces, en ese sentido, ahora, esos países tienen mejores indicadores en todo. Por lo tanto, uno no podría decir que eso solo se debe al postnatal más largo, hay una serie de otros factores, porque también, uno podría decir que en esos países se suicidan muchos jóvenes, muchos adultos, entonces ahí hay bastante controversia. Hay autores también que desconocen la importancia de la lactancia materna al nivel que uno podría decir aquí, un niño te puede lactar acá con 6 meses de lactancia exclusiva nos contentamos, pero a lo mejor, podríamos optar a un año, no exclusiva, porque igual hay que empezar a dar otros... ¿Tú de que profesión eres?

Investigador: Yo soy Nutricionista.

Político: Ahh, fantástico, entonces te estoy hablando de tu tema. Entonces, obviamente hay una serie de factores que uno podría, si es que tu me preguntas mi opinión, mi opinión y lo que dice la literatura en general, es que, mientras más largo el postnatal, mejor, desde la perspectiva de la crianza, pero eso también va a pasar por el tipo de mamá, el tipo de papá,

como enfrenta la maternidad, como enfrenta la paternidad, cuál es el clima dentro de la casa, seguramente habrán casas que es mejor llevarlo a la sala cuna a que se quede en su casa, pero globalmente, dar una opinión, y si uno tuviera los recursos para invertir, porque es una inversión, ¿no es cierto?, no hay que considerarlo un gasto, es una inversión. Si uno como país quiere invertir en el desarrollo humano, tiene que mirar todos los factores que de alguna manera van a ser positivos y van a ser potenciadores del derecho de los niños a desarrollarse, y además generar el concepto de más de familia, más de participar, más de estar, y eso, yo creo que básicamente es eso, yo estoy de acuerdo. Pienso que, si uno pudiera considerar los primeros 1000 días de vida, así lo hacen allá en Finlandia, por eso dan 2 años.

Investigador: Y ¿Usted cree en ese caso que Chile estaría en desmedro en relación a otros países?

Político: Bueno, obviamente que el “Golden standard” si uno quiere ponerlo en Finlandia o en Suecia o en Noruega... si, estamos en desmedro, pero si nos comparamos con los países vecinos de América Latina y el Caribe, estamos super mejor. Porque 6 meses de postnatal pagado, con la integridad del sueldo, es mucho más de lo que tienen la mayoría de los países del mundo. Pero claro, uno mira el “Golden standard”, y si, estaríamos en desmedro, pero obviamente que podríamos estar mejor los niños chilenos.

Investigador: ¿Y en el caso del postnatal del padre? ¿Qué opinión tiene usted al respecto dentro de la política nacional?

Político: No ha dado muchos resultados. En ningún lado. Es cultural, podemos buscar muchas causas, tiene que ver con la estabilidad laboral, tiene que ver con la formación, la crianza, la cultura, la opinión de los pares. Se ha visto bajo, porque acá se puede intercambiar tiempo, puede que la mujer vuelva al trabajo y el papá se quede, por ejemplo, y es re poco, osea, no ha sido eso un cambio de verdad. Y yo creo que tiene que ver, bueno, tiene que ver primero con que nunca ha sido parte, recién yo diría, porque yo trabajo en desarrollo infantil desde hace 30 años. Estuve 5 años en la Organización Panamericana de Salud tratando de poner este tema en la región. Hice todo lo que hace la OPS; cooperación técnica, publicaciones, reuniones regionales, reuniones subregionales, y el tema prendió poco. En cambio, hoy día, el tema esta mucho más puesto, entonces pudiera ser. Yo creo, esto porque va a ser solo de la mamá, osea si estamos hablando de derechos de apego, estamos hablando de estimulación. Ahora, creo que, si queremos lactancia exclusiva, también es complejo que la mujer vuelva a trabajar, que ceda parte de sus seis meses, porque sería en los casos en que no esta dando lactancia exclusiva a libre demanda, porque lo que uno usa es la lactancia exclusiva a libre demanda, entonces, ahí está en deuda la estadía del padre, sólo en ese aspecto. Creo que no hay ningún otro aspecto, excepto la lactancia materna, que diferencie el rol del padre y de la madre. Creo que ahí en la lactancia, es la única cosa en que tengo mis reparos.

Investigador: Según usted, ¿Cuáles serían las principales barreras en la implementación de la extensión del postnatal parental en Chile? ¿Y cómo las abordaría?

Político: Bueno, acá la evaluación de los recursos humanos, sobre todo en el ámbito privado, se valora por los productos, por el rendimiento para la empresa, que tiene el trabajo de un

trabajador. Ya sea en el área productiva, obrero, empleado, incluso gerente. Entonces, yo creo que aquí en Chile, primero que nada, habría un cambio. Se contrataría más gente que ya no está reproduciéndose, que gente que se está reproduciendo. Porque, una empresa, pagarle 2 años el sueldo a un funcionario, no lo paga la empresa, pero tiene que pagarle a otro para que lo reemplace. Porque no lo paga la empresa, lo paga el seguro de salud, lo paga el estado finalmente. Pero eso generaría un cambio, porque la empresa, el giro de su negocio es la utilidad. Es la utilidad financiera. No es la utilidad del bien común, ni es la utilidad o el costo beneficio que se produce en el desarrollo humano del país, en la innovación, en el crecimiento a largo plazo. Ni los países ni los estados quieren invertir así, porque la empresa privada tiene su rol, de que, para que va a tener este ingeniero, que viene del doctorado de no se dónde, para que llegue acá y después esté 2 años y yo tenga que traer a otro para que lo reemplace, no construye, no construye empresas, estoy poniéndome en cada lugar. El estado podría ser más benefactor en ese sentido. Decir, bueno, estamos invirtiendo, pero tampoco lo hace, porque la inversión, y ese es el tema, la inversión en infancia, es que tiene resultados al largo plazo, visibles dijéramos. Y en la política, y en los negocios, los resultados tienen que ser “Early Win” que le llaman. Tiene que darle ganancia temprana. Porque si no, no votan por el político, y claro, ha hecho mucho, invirtió todo, pero no se ve nada. Y la empresa tiene que todos los años hacer un balance y demostrar utilidades, entonces, creo que eso sería acá, no lo veo como factible en el corto plazo.

Investigador: ¿Y cómo abordaría usted esas barreras que me acaba de mencionar?

Político: Bueno, mira, es un tema cultural, es un tema educacional, si nosotros queremos forjar una sociedad solidaria, una sociedad que entienda que la inversión en la infancia es clave para el desarrollo del país, y es clave para tener una sociedad más justa, más solidaria, más amistosa, etcétera, etcétera, más equitativa, y eso es un proceso que parte de chico. Tú tienes que entender que ese es el mundo bueno, ese es el mundo ideal. Y no es lo que ocurre hoy día. Para nada, es lo opuesto. Hoy día esta, sobre todo incentivándose el éxito individual, la meritocracia individual, yo no digo que no sea importante, pero, eso es lo que vale. No se le da un valor agregado al bien público. Como el alumbrado. Nadie valora el alumbrado, porque está ahí siempre. Entonces, en ese sentido, creo que, si nosotros queremos cambiar la sociedad desde esta perspectiva, de la perspectiva de mirar a la sociedad, no mirar sólo al individuo, eso tiene que partir desde el jardín infantil. Incluso desde la sala cuna, tiene que ser parte de la estrella que queremos alcanzar. Y no es eso lo que estamos vendiendo ni en los colegios públicos ni en los privados. Más encima, le sacas la historia, le sacas todos los ramos que pueden hacer pensar a la gente. Porque los ramos científicos, es verdad, generan esa capacidad que los hace más buenos para las matemáticas, donde se centran los factores productivos más importantes, ¿no es cierto?, la ciencia. No es las artes, no son las ciencias sociales tampoco. Hay gobiernos que cierran las escuelas de ciencias sociales para que no “hueveen”, ¿me entiendes? Entonces, en ese sentido, yo creo que estamos a años luz de tener esa sociedad. ¿Cuál era tu pregunta exacta?

Investigador: ¿Cómo abordaría usted las barreras que hay?

Político: Yo abordaría esto, primero, si yo tuviera, me dijeran “mira, tienes cinco años para que la gente cambie”, bueno, tendría que trabajar esto con campañas comunicacionales de verdad, osea, un mercadeo social del tema. Los colegios, la educación, donde el tema de desarrollo humano sea un eje transversal de la formación. Le daría importancia a los ramos humanistas y sociales, porque ese es el tema. Que las personas no saben tampoco, no se entiende. Si a ti nunca te han hablado con un enfoque sociológico del desarrollo, es como algo que no tiene que ver contigo, o lo ven como algo que tiene que entregar el estado paternalista. No lo ven como una responsabilidad social. Entonces, el cambio cultural requiere enfoques profesionales de mercadeo, enfoques educacionales y una actitud del estado que facilite esto, y por ejemplo, a las empresas que fomenten o que tengan contratada gente, yo les rebajaría impuestos por ejemplo, un poco digo, no demasiado, pero incentivos a que esto ocurra, osea que hayan incentivos políticos, económicos, sociológicos, educativos, por todos lados.

Investigador: ¿Usted, de alguna manera piensa que el extender el postnatal en el caso de los varones, podría disminuir la brecha en la accesibilidad al empleo en la mujer?

Político: Al largo plazo, si, porque las mujeres en general son buenas funcionarias. En lo clave, son muy comprometidas, las mujeres y uno lo ve, yo he tenido cargos gerenciales, muchos, y uno ve que la mujer de alguna manera se compromete alma, corazón y vida, me entiendes, no es solamente la capacidad técnica, demostrar sabiduría, etcétera. Yo creo que sí, yo creo que en la medida en que hay corresponsabilidad en la crianza y en todo lo que son los deberes del hogar y la familia, obvio que sí. También demora. Todavía hay profesores aquí en la USACH que les dicen a las mujeres, “¿y usted viene a buscar marido aquí?, ¿a qué vino?”. Universidad estatal, pública, 60% de gratuidad y todavía aquí se dicen esas cosas.

Investigador: ¿Cuáles cree usted que serían las principales oportunidades de implementar una extensión del postnatal parental en Chile? Y ¿Cómo utilizaría usted esas oportunidades?

Político: Las oportunidades tienen que ver, es el contrario de la amenaza, no es cierto, por lo tanto, son espacios que facilitan esto. Yo encuentro que hay pocas ventanas de oportunidad. Creo que no hay prácticamente, creo que lo único que podríamos hoy día considerar, son los movimientos feministas, que, de alguna manera, están generando esta discusión de la corresponsabilidad. Creo que no hay ninguna apertura que yo podría reconocer de las empresas para invertir en capital humano, no específico para su empresa, me refiero a capital humano global. Así que yo veo pocas oportunidades, porque, mientras el modelo económico neoliberal a ultranza que tenemos nosotros, porque es más a ultranza que en Estados Unidos, no veo ninguna posibilidad, porque los indicadores con que te miden si te va bien o te va mal, son indicadores, no digo que sean incompatibles, pero, requieren otra mirada, tendríamos que generar otros indicadores de éxito, en lo social, en lo económico, y eso también requiere un rol del estado súper fuerte, requiere cobrar más impuestos para tener más plata para todas estas cosas, osea, 46% de lo que tu ganas, pagas en impuestos en la mayoría de los países. Aquí, el 10% con suerte. El que paga. Entonces, son muchas reformas que se requieren. Reformas en la educación, reformas en el trabajo, reformas en la utilidad. En los países nórdicos, que son los que dicen que la gente es más feliz, la utilidad de las

empresas no puede ser ilimitada. Así surgió Nokia, y muchas empresas millonarias en Europa, pero su nivel de utilidad no puede sobrepasar, ya no me acuerdo cuanto es en realidad, y eso de alguna manera permite que la empresa pueda darse el gusto de ser también solidaria. Porque no puede ganárselo todo. Entonces, acá nopo, acá la empresa puede ganar lo que quiera, y mientras más gane mejor. Entonces tú vas a ver todos los factores productivos que necesitas desarrollar y o sacar lo que no produces y entonces, por eso te digo, el enfoque es demasiado integral y estamos en pañales acá. Sobre todo, en lo social. Estamos a lo mejor en los indicadores económicos bastante decente, pero en el desarrollo del trabajo, en la condición del trabajo y en el bienestar social, mal. Pocas oportunidades.

Investigador: ¿Qué recomendaciones haría usted para contemplar dentro de una propuesta de implementación de extensión del postnatal parental?

Político: Bueno, un poco ya te lo he dicho, yo creo que cuando se plantea una política que tiene que ver con el trabajo, que tiene que ver con el rol del estado, que tiene que ver con la opinión de la gente, con el pensamiento de las personas, yo creo que se tendría que hacer un buen análisis del mapa de actores que están envueltos en esto, analizar en cada uno de los grupos de actores su flexibilidad o factibilidad también, de acogerse a una política de esta naturaleza, identificar muy claramente el rol del estado, yo lo primero que haría, sería buscar cual es la línea de incentivos para esto. Porque hay un área que tú la puedes bajar por ley y por decreto, y ahí va a depender, porque en el sistema en que nosotros vivimos, todo tiene que ser ley. Sino es ley, no la cumple nadie. Entonces, lo primero que tú tienes que hacer, es hacer un trabajo, por eso te digo, comunicacional, con los actores que son relevantes, con los políticos, con los académicos, con las ONGs, pero Chile no es un país que funcione, que las ONG tengan mucha influencia. Incluso las ONG internacionales que son de infancia acá no cortan ni pintan. Ni la UNICEF tampoco, que no es una ONG, pero trabaja con las ONG fundamentalmente. “El kilo de ayuda” en México que se dedica a la nutrición, justamente, irradia a muchos países, pero aquí no saben ni lo que es. “Save the Children” o cualquiera de esas que son las ONG potentes que tienen capital y que reciben plata de todos los donantes del mundo, acá no pasa nada. No se incentiva el rol de la ONG, somos un país más estatista, más leguleyo, menos participativo, le damos menos importancia a las organizaciones sociales. Y creo que en las ONG que estaban acá, sobre todo en tiempo de dictadura, o recién de vuelta a la democracia, se han ido yendo, se han ido achicando. No hay el apoyo del estado. De hecho, ONGs que yo fui parte de directorio, por ejemplo, “Senderos de Chile”, una cuestión que era solo para generar senderos para caminar y para caminar en familia, era una cosa bien bonita, y que antes tenía un fondo fijo para funcionar, se lo quitaron y ahora tiene que ser con proyecto y postulan todos y pelean todos por los proyectos, entonces se transforma en una competencia y se han ido achicando, así que yo no le doy mucho rol a las ONG. No quiere decir que no me gustaran. Tampoco creo que las ONG deban reemplazar el rol del estado. Pero son socios importantes y ejecutores importantes de políticas públicas. Pero acá, poco. ¿Cuántos?, osea, “El Hogar de Cristo”, super, pero ¿Cuántas crees tú que son trascendentales para este país? Muy pocas, muy pocas.

Investigador: Entonces usted me hablaba de hacer una agenda y poder ir recomendando, o más bien, viendo que beneficios se podían otorgar a las empresas para que pudieran a través de una ley, ir incorporando este tipo de prácticas.

Político: Claro, pero, lo primero, la “A”, es que la gente se crea el cuento. Mira, cuando yo diseñe Chile Crece Contigo, con un equipo grande, consejo de infancia, que estábamos la Dra. X y yo de la Católica, nos costó cualquier cantidad involucrar a la gente. Porque la salud esta tan asociada a la enfermedad, que cuando tu instalas un sistema que no mira a la enfermedad, sino que promueve el desarrollo, para la gente es importante que el niño se siente a los 6 meses, que levante la cabeza a los 2 meses, que diga 11 palabras a tal edad, que comience a caminar, y para ellos eso es el desarrollo. Porque eso es lo que clásicamente se ha considerado. Hoy día que el desarrollo toma múltiples dimensiones, que tiene que ver con habilidades sociales, con habilidades psicológicas, que tiene que ver con capacidad de raciocinio, que tiene que ver con capacidades de relacionarse con otros, etcétera. Eso no está puesto en el colectivo. No está suficientemente y nadie lo exige. Porque si no te atienden la enfermedad respiratoria, está la embarrada ahora, porque con el pick de enfermedades respiratorias, esta todo convulsionado. Y ahí la gente puede salir a la calle, someterse al guanaco, a lo que sea. Pero por el desarrollo de los niños, no pelean los papás para nada. Entonces lo primero que habría que poner esto es, porque claro, ¿Quién no va a querer estar con su hijo 2 años?, pero esa no es la razón. La razón es que hay un fundamento, y cuando se sabe lo que hay que hacer, porque hay evidencia de que funciona y no se hace. Entonces, de alguna manera, uno incluso lo podría considerar una vulneración de derecho, y los derechos el estado tiene que ser garante. No importa que la ONG ejecute, no importa cómo se haga, pero el garante de los derechos es el estado. Entonces, creo que hay que abordarlo por muchas partes. La gente lo ve, el postnatal, lo ve como algo necesario, y si tu le das 2 años de postnatal, lo ve que casi como vacaciones, que no es eso. Y para eso, hay que trabajar en el colectivo desde chicos. Cambiar la cultura, cambiar la mirada. Entender la sociedad de otra manera. Entonces, fíjate que por ejemplo en Estados Unidos, el postnatal es sin pago. Pero la gente lo acepta, porque gana harta plata. La gente gana bastante plata, se ahorra, y trabajan hasta el ultimo día de los 9 meses, o hasta lo más que se puede, por decirlo así, y después, se toman el tiempo que les parece necesario, pero han ahorrado para eso. Ahorran para el postnatal. Y nadie reclama. Porque ganan hartito. Por eso te digo, Estados Unidos, es un estado que teniendo un ingreso per-cápita tanto o más alto que nosotros, sus indicadores de salud son iguales, o más bajos algunos. Eso te demuestra cómo cambia la inversión de la sociedad en sus personas. En cambio, en los países nórdicos, los indicadores son mucho mejores que los nuestros. Tengo un gráfico donde sale el ingreso per-cápita y el índice de desarrollo infantil. Entonces, nosotros no estamos mal, porque dentro de todo, como nuestro ingreso per-cápita no es malo, pero no es de los más altos, en cambio estamos en la nube de los que tienen buen desarrollo. Porque aquí hubo y hay todavía por supuesto políticas públicas y que son por eso los salubristas como el Dr. Mardonez, que fue decano también de acá, fueron personas visionarias en términos de ver porque se morían tanto los niños, porque habían tanto desnutridos, entonces, Chile empezó mucho antes que otros países con políticas sociales que dejaron de ser la atención de salud y de nutrición parte del paternalismo de la Iglesia o de otras instituciones, para hacerse cargo del estado. Y bueno, por eso tenemos los

indicadores que tenemos. Y el desarrollar una atención primaria, desarrollar un sistema centralizado de vacunación para asegurar las coberturas, osea, en todo lo que tuvo que ver con la muerte, Chile lo ha hecho del uno. Y con la desnutrición, la enfermedad, las infecciones, bien, lo hicimos bien y estamos orgullosos de eso como país. Pero ahora, bueno, cambio la gente, cambio el perfil demográfico, epidemiológico, los problemas son otros y los abordajes son otros. Y no hemos sido capaces de verdad de migrar desde esa triada “agente, huésped, ambiente”, donde tu o matas al agente con el antibiótico, o proteges al huésped con la vacuna o saneas el ambiente para impedir que se desarrollen los agentes. En eso nos fue regio, lo hicimos del uno. Pero hoy día que todo es multifactorial. Donde el desarrollo toma un rol que antes no tenía, osea, antes con que la gente no estuviera desnutrida, todos felices. Entonces hoy día, eso no es así. Hoy día, estamos por un lado con la obesidad, y por otro lado tenemos dominado el tema infeccioso. Pero no hemos sabido hacernos cargo. Creo que Chile Crece Contigo a mi me ha dado “ene” frutos, porque me invitan de todas partes, de Europa, he ido a Jordania, Estambul, a Etiopía, a todas partes. Quieren escuchar de políticas sociales baratas como esta. Porque el Chile Crece Contigo es lo más barato que hay. No le lleva fármacos, no le lleva médicos prácticamente, y en ese sentido, es como una de las primeras políticas públicas en países en desarrollo que apunta no a la mortalidad, sino que apunta al desarrollo de los niños. Entonces, eso que ya partió aquí en Chile, hay que desarrollarlo más. Y esta bien. Está puesto como un pilar dentro del sistema la atención social, y a mi me parece bien, porque creo que el abordaje, tampoco creo que sean desde salud estos temas. Yo creo que estos temas del postnatal, estos temas de desarrollo humano, de desarrollo infantil, no son solo temas de salud. Salud tiene un rol, y super fuerte, porque salud es el servicio que esta mas cerca de las personas en sus primeros años de vida, por lo tanto, es un efector absolutamente necesario, pero no único. No sacamos nada con hacer el mejor programa y que tengamos los 2 años de postnatal y tengamos todo eso, sino tenemos una acción integrada, intersectorial, interdisciplinaria y yo creo que ese es otro factor que yo creo que también partió el Chile Crece Contigo así, pero ha sido muy difícil, y es que el abordaje intersectorial de la problemática. Porque si nosotros queremos hacer postnatal más largo, con todos los beneficios que eso pueda tener demostrado, tenemos que involucrar muchos mas actores, dijéramos, que los que hoy día están involucrados. Así que yo creo que lo primero yo recomendaría si yo tuviera que hacer un check list, bueno primero creo que hay que trabajar con un equipo de expertos, pero absolutamente complejo, no solamente psicólogo infantil y psiquiatra infantil, sino que yo trabajaría con un grueso espectro de sapiencias y de saberes que pudieran establecer canales de intervención, de participación, y creo que habría que incorporar el área privada, el área pública, a la gente, a las personas, no solamente a los agentes, a los líderes, sino también a las personas. Los líderes, desgraciadamente, también tienen mucho sesgo. Y la única manera que yo creo de poder sacar adelante políticas tan contraculturales como esta, es que las personas lo quieran, que la gente lo exija. Y no, lo veo muy complejo.

Investigador: Perfecto, muchísimas gracias.

Político: No, de nada.

Anexo 4: Entrevista 3

Entrevista realizada a abogado, Doctor en Derecho, Magister en Ciencias Jurídicas, Magister en Ciencias Políticas, Magister en Derecho Constitucional, Magister en Bioética, Asesor jurídico de la Facultad de Medicina UC, miembro del Comité Ético Asistencial del Hospital y Red Asistencial UC-Christus. Para efectos de resguardar confidencialidad, es que, de ahora en adelante, al entrevistado se le denominará “abogado”.

Investigador: Bueno, muchas gracias por recibirme, y bueno, como yo le explicaba anteriormente, la idea de esta entrevista es recopilar las principales barreras y oportunidades de implementación de una extensión del postnatal parental en Chile, quisiera saber que opinión tiene usted al respecto en relación a esta materia.

Abogado: Bueno, yo lo que te quería partir conversando es donde estamos hablando del postnatal parental. Lo que tenemos que considerar, es que es en la familia. Lo que se busca con estas legislaciones tan específicas, es la protección a la familia, y en forma muy particular al más desvalido, que en este caso es el niño. En qué sentido; tanto la familia como el niño, tienen una protección a través del derecho internacional, del derecho constitucional y después de normativas y de criterios que, a nivel de la OIT, la OMS y otras instituciones internacionales, que han sido recogidas por nuestra legislación, pero tenemos que hablar de 2 conceptos: familia y el menor. Ahora, es bien interesante como a través de las declaraciones, como, por ejemplo, la declaración universal de derechos humanos, después a través de la declaración americana de derechos humanos, la primera que es la declaración americana, se habla que la familia es el elemento fundamental. No se dice que tipo de familia, pero es la familia considerada dentro de las interpretaciones, que la familia es hombre, mujer como padres, con sus respectivos hijos. Y también se considera que todos tenemos derecho a una familia y a formar familia. Desde ahí, hemos ido también reconociendo la convención sobre los derechos del niño, que reafirma la importancia de proteger a todos los miembros de la familia, y en particular, y en eso me quiero detener, para hacer la interpretación del cuidado del postnatal parental, se dice, “en particular a los niños, deben recibir protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades a futuro”. ¿Qué queremos decir con esto?, que ha sido una preocupación constante y permanente el niño, su bienestar, que va más allá de lo que en las antiguas legislaciones se decía “el interés superior del niño”, pero ahora decimos “el bien del niño”. El bien del niño, algunos dicen desde el período de gestación, que ya no sería el niño, sino que sería, el que está por nacer y en sus futuros estados de desarrollo. Se entiende que la mejor comunidad que puede tener ese niño, es su familia, y es su familia y es su relación de alteridad con su progenitor y con su madre. Ahora bien, entendido en el contexto actual, los estudios que nos han presentado el desarrollo psicológico y también el desarrollo de la personalidad, es que nosotros necesitamos, los seres humanos, tener apego, tanto al padre como a la madre. Ese apego no es primero a la madre y después al padre, sino que pueden ser coetáneos. Como decía, todos estos estudios han demostrado que hay menos incidencia de depresión, de desapego, hay un mayor desarrollo desde el minuto uno, por lo menos desde que nacen los niños que tengan ese apego con papá y mamá y que no son uno después de otro. En ese sentido, si consideramos dentro de este ámbito,

además del derecho a tener hijos, también los padres tienen derecho a disfrutar de sus hijos y a participar en el cuidado personal. ¿Qué entiendo por cuidado personal? Es la crianza. No tiene porque ser, y en esto hay una tremenda evolución, la madre, si bien ha sido por siglos en nuestra cultura, que se entrega a las mujeres, la crianza, el cuidado personal, es lo mejor, es el futuro de la humanidad lo que le entregan a las mujeres, y el padre es más bien como un proveedor. Pero de acuerdo a como ha ido desarrollándose tanto la sociedad como el concepto y la institución de familia, también nos hace más personas el poder estar en el cuidado personal diario y cercano del padre al hijo, o sea hay un bienestar para el niño, pero también hay un bienestar directo para el padre y para la madre. Porque no son derechos como, en esto no estamos en el ámbito de los derechos, estamos en el ámbito de las obligaciones morales, de las obligaciones también del desarrollo personal, de la alteridad, de los bienes, de los bienes personales, de los bienes que es la primera comunidad, que es nuestra familia. Nosotros en la familia, aprendemos a relacionarnos con el distinto, con las diferentes generaciones. La familia, el que tiene una buena familia, tiene una muy buena relación de resiliencia, tiene una muy buena relación, porque la familia se debe mover por el amor, por la cooperación, por la colaboración. Si uno no aprende en la familia eso, y que se lo enseña muy bien el padre, se lo enseña muy bien la madre, normalmente es el padre el que nos enseña a relacionarnos con los otros de afuera, no somos mejores personas. Entonces dentro de ese conducto de familia, de desarrollo, planteo, yo voy a su pregunta.

Investigador: ¿Qué opinión tiene usted de la situación del postnatal parental en Chile en comparación con el resto del mundo?

Abogado: Primero, deberíamos partir para que sea más redonda mi respuesta, hay 3 categorías de prestaciones:

Una serían los beneficios maternos, que corresponden a la madre trabajadora. Otros son los “beneficios paternos”; al padre trabajador, y en la tercera categoría, es lo que usted me pregunta, que serían los beneficios parentales, que corresponden a prestaciones tanto del padre como de la madre.

Nosotros en Chile que nos enorgullecemos, tenemos una legislación centenaria, porque empezaron las primeras leyes en 1917, que ha establecido garantías y beneficios de prestaciones para la infancia y a la madre trabajadora, y partió por la madre obrera. Entonces, la primera categoría se ha ido desarrollando en términos comparativos, bastante, se ha ido profundizando. En la segunda categoría, como digo yo, los beneficios paternos, en términos de este marco conceptual, yo creo que tenemos que profundizar mucho, porque no hay así, derecho tan claro o son del último tiempo, podría decir que recién en el año 1993, o sea, 90 años después, se reconoció la corresponsabilidad entre padre y madre en una legislación, y eso, la corresponsabilidad en el cuidado personal del hijo, en la crianza del hijo y se permitió al padre trabajador acceder al permiso por enfermedad, sólo desde el '93. Y eso me parece muy tardío, si tenemos a la vista todas estas declaraciones, convenciones y acuerdos. Y el permiso postnatal parental, que le ponemos “ppp”, es una posibilidad que se otorga al padre de ejercer de manera activa el rol de responsabilidad, solo entró en vigencia el 2011. Pero este beneficio, tiene 2 elementos, primero que este “ppp” incorpora un beneficio de

flexibilidad, y una flexibilidad importante en cuanto a que la madre puede hacer uso de un beneficio de la jornada parcial o total, y adicionalmente, y eso es lo que me preocupa, la madre puede traspasar al padre un permiso para ausentarse, pero es la madre la que maneja eso, no vendría siendo un derecho del padre de por sí. Y si estamos pensando que el derecho tiene que ser del padre y la madre coetáneamente, aquí no es así, es la madre la que decide, y me parece que, más allá de un tema económico, está mal planteado eso. Está mal planteado, y es más, legislaciones como la americana, que tiene otra cultura, aquí dice que los 2 son responsables de su prole. El traspaso de la figura del padre, si bien busca fortalecer el desarrollo temprano de los hijos y promover el apego, yo creo que podría decir, es que me parece muy débil, es más, estuve viendo de la Superintendencia de Salud, el permiso que tiene el padre de ausentarse por 5 días durante el primer mes de vida del nacimiento de su hijo, un porcentaje bajísimo ha hecho uso de ese permiso, que es solo de 5 días, que es un permiso que es irrenunciable, pero tampoco el empleador puede decirle, ya usted sale estos 5 días, porque tiene 2 modalidades de uso, usted tiene que salir, tiene que ausentarse, mirado porque es una obligación tanto de sociedad, como del padre, de ir a cuidar a ese hijo, de ir a apoyar a la madre, etc. Ya el hecho, de que ese permiso, que es irrenunciable, solo en la historia de esta Ley y los datos de la Superintendencia es que de ese subsidio que se dice ridículamente de incapacidad laboral, cuando yo diría que es capacidad laboral, pero se ve como un subsidio de incapacidad, como que estuviera enfermo. Mal nombre para una autorización y un derecho que no esta pensado en el padre, sino en el nacido recién y en la familia en su primer mes de vida, entonces, si eso no se ha aprobado, mirar esto otro con los números crudos, tiene componentes que son sociales, culturales, económicos, que son las barreras que yo logro identificar.

En la base datos de la OIT que yo mire, para saber como estamos en relación al resto del mundo, si bien usted me pide mi opinión, yo creo que mi opinión debe ser bien fundamentada, no puedo decir la opinión sin fundamento, y en relación a esto, los beneficios parentales, los ppp, en Chile estamos bastante avanzados como legislación, pero no como aplicación, porque puedo tener muchas legislaciones, pero se han convertido en leyes que no se aplican. Como le digo, si el permiso de los 5 días que son irrenunciables, no se aplican, menos los “ppp”. En Chile, estamos en la delantera si uno ve en relación al continente, pero los “ppp” son muy distintos, lo que ya se han recogido en las otras legislaciones. En Canadá se otorga un beneficio de 35 semanas, pero que puede ser utilizado por ambos padres. Aquí no, este “ppp” dice, o uno u otro, no los 2 a la vez. Y en Estados Unidos, no existe el concepto de beneficio maternal para la mujer, sino que ambos padres tienen derecho a 12 semanas. Eso, va mucho más en consonancia con mi concepción de familia y de deber y derecho de cuidar al hijo los 2 padres indistintamente.

Investigador: ¿Según usted cuáles serían las principales barreras en la implementación de una extensión del postnatal parental en Chile? ¿Cómo las abordaría?

Abogado: Yo creo que las barreras en nuestro sistema son culturales, son económicas, pero no solo económicas, son de información y yo diría, información y formación, y también son administrativas por el número de trámites que requiere. Me explico, cuando uno tiene una barrera cultural que pesa mucho tiempo, muchos siglos, no la puedo cambiar de la noche a la

mañana. La crianza, el cuidado personalísimo de los hijos, siempre ha estado entregado a la madre, y eso va más allá del período de lactancia. Entonces, el padre se ve siempre como un proveedor, como más distante, como uno que no está en la primera fila, sino que está siempre en subsidio de la ausencia o de las “limitaciones” de la madre. La utilización está orientada a un rol que debe ser ejercido primariamente por la madre. Tengo varios “papers” que dicen eso, y la jurisprudencia va diciendo a los padres que existen varios padres jóvenes que están demandando a “¿Por qué no tengo yo en forma coetánea con mi mujer la tuición, el cuidado?”, y eso ha sido muy interesante como discusión.

Las barreras económicas, para eso vi el sistema de gestión de los sistemas de subsidios maternos de la Superintendencia, ¿porque la baja del uso de permiso postnatal?, eso me llamó la atención, parcial. Yo creía que iban a usarlo más. Yo creo que lo primero, no lo he encontrado, no sé cuáles son las explicaciones, pero son claramente explicaciones también del tipo de trabajo que nosotros tenemos. El trabajo, ya las personas... No está instalado, solo creo que está instalado dentro de nuestro discurso la protección a la maternidad. La protección al derecho y esto de decirle a los papas “oye, dedícate a cuidar a tu hijo”. Produce, de todas maneras, un ruido dentro de todas las instituciones. Osea, el papá se va a ir con los 5 días, “oye pucha estamos...”, siempre estamos con la empresa en alta, en todas las instituciones, “oye, 5 días...”, y también, por ejemplo, esto de los 5 días tiene un período de un mes, pero no hay una cultura que obligue “oye, como estas aquí, si tu guagua acaba de nacer”, “te tienes que ir”, una cultura que lo tire. Y también como digo, el tema de que no es menor que este tipo de subsidios están entendidos como “discapacidades”. Y tienen un tope. Por ejemplo, el tema de las licencias médicas, muchas personas, son “muertos” que vienen a trabajar porque lo que paga la Isapre es muy menor, como están constituidas nuestras remuneraciones, a lo que percibe si es activo. Están llenos de bonos, de incentivos de cumplimiento, que no es el sueldo base por el cual se impone. Entonces, también ahí, ese es el argumento económico que es importante, quizás no da a lugar como incentivo a la maternidad y a la paternidad.

¿Quiénes con este tope máximo imponible podrían usar este “ppp”? Si yo estoy sobre el “ppp”, me refiero al máximo imponible, ya tengo la primera barrera, osea, primero me pagan un subsidio mucho menor, y no estoy incentivando la maternidad, ni la paternidad responsable. Ahora, uno podría hacer, porque en eso yo creo que no se lo han informado, que existe una cierta flexibilidad en ese sentido, en el cual //el padre y la madre puedan plantearse, “oye, ¿cuál es el sueldo superior?”, y según el sueldo superior, ese sea el padre que siga trabajando y el otro acceda al tope, para que no se empobrezcan. Porque, hacer uso de esto, significaría que además me empobrezco como familia, osea, no tengo los recursos disponibles. Entonces son subsidios que no son incentivos. Que están como pensados en incapacidades laborales, entonces yo creo que la flexibilidad tiene que ser pensada dentro de un sistema de trabajo que incentive que yo me tome parcialmente, y que pueda seguir ayudando desde mi casa..., no sé. Eso es el tema que a mí me pone a pensar, condiciones particulares. Que uno debería generar esas condiciones particulares para fomentar el “ppp”.

Investigador: ¿Cuáles cree usted que serían las principales oportunidades de implementación de una extensión del postnatal parental en Chile? ¿Cómo las utilizaría?

Abogado: Yo fíjese que, viendo a generaciones como la suya, yo creo que hay oportunidades culturales, así como hay barreras, hay oportunidades que tenemos que ir diseñando, planteando y discutiendo. La primera es que, a mí me encanta esa forma en que los padres y madres nuevos, jóvenes, consideren que ser familia es una oportunidad y saben diferenciar ámbitos laborales y ámbitos familiares. Y valoran mucho ese ámbito familiar, como de bienestar, de incluso, de vida al aire libre, y separan esos ámbitos. Y también, uno está viendo en las nuevas generaciones, sobre todo en el hombre, una corresponsabilidad, en todas las labores propias de la vida, de la vida familiar, y también de la crianza. Son mejores padres en este ámbito del cuidado de los hijos, nosotros le llamamos el “cuidado personal”, que implica alimentarlos, mudarlos, etc. Antes los padres, eran padres como distantes. Y ese conocer mejor a su hijo, ese apego, yo creo que tienen las generaciones nuevas como que lo encuentran bueno. Culturalmente, es muy apreciado. Comparten más, los veo en las bicicletas, la vida deportiva, está como, no son estancos separados. Hay un esfuerzo que cada día es mayor, de buscar formas de conciliación trabajo y familia, deporte y vida al aire libre. Entonces eso cultural y socialmente, es mejor recibido. Y eso va cambiando nuestra fuerza laboral, si uno piensa que en poco tiempo más, las antiguas generaciones están fuera, esto debiera reflejarse en las condiciones de trabajo y en como esto lo implementan en políticas concretas cada empresa.

Investigador: ¿Qué recomendaciones haría usted para contemplar dentro de una propuesta de implementación de extensión del postnatal parental en Chile?

Abogado: Bueno, iría por las campañas comunicacionales. Las campañas comunicacionales, aquí en Chile son cuando uno presenta el proyecto del “ppp” y después como que se dan por sabidas. Yo creo que hay que volver, pero también hacer la práctica de esta campaña comunicacional con otras instituciones y organizaciones. ¿Cómo cuáles?, las iglesias, las comunidades sociales, que vean que esto es un bien para todos. Que nos va a ahorrar mucho estrés, que para la empresa va a ser un mejor trabajo y va a haber menos estrés tener una conjunción mayor familia-trabajo. En lo personal, a mí me ha llamado mucho la atención que aquí en la universidad, por ejemplo, en casa central, yo no veo niños. Yo soy hija de madre y padre que trabajaron, y trabajaron toda la vida y yo le pedía a mi padre “quiero ir a ver como trabajas, quiero ver y ser parte de eso, no que me lo cuenten”, entonces mis papas nos llevaban, conocíamos el ámbito de trabajo de ellos, ellos trabajaban en bancos, mi mamá llegó a ser gerente de un banco porque mi papá la apoyó en eso. Y nosotros gozábamos tanto, sin que ellos tuvieran toda esta estrategia y esta política, pero gozamos tanto del papá y de la mamá en lo domestico y en lo importante siempre. Y, además nosotros somos muy deportistas, entonces, ese papá que te cambia el traje de baño cuando eres chica, que te sabe en esa época mudar, te va a llevar a que es parte de tu historia personal, porque después uno lo reproduce que el papá y la mamá estuvieron siempre en todo. Que eran como una sociedad de cuidado. Los incentivos y como estrategias como bien dirigidas a eso. Aquí tenemos como estrategia al Ministerio del Trabajo, que no tiene nada que ver con el Ministerio de la Familia. Yo creo que hay que culturalmente ir armando que hay familias, que todos lo sabemos, pero el bien que hay detrás es que todos seamos buenos papás, buenas mamás y que hay hijos cuidados por ambos 2.

Incentivo económico. Si uno lo ve como un “subsidio de incapacidad”, me hace mucho ruido. Osea, sino soy un incapaz. Es de capacidad, hasta el nombre le cambiaría. Los topes, yo no soy economista, pero los topes también, ¿no sería momento de revisarlos?, ¿Por qué topes?, porque ya estoy poniendo barreras, y no necesariamente es por la sustentabilidad del sistema. Me preocuparía y me ocuparía de que no estamos haciendo uso ni de los 5 días, y revisaría el tema de que es la madre la que tiene que autorizar al padre. Osea, ese “traspaso”, mediado por la madre y con una serie de trámites administrativos, no me parece tan bien. Debiera ser el padre el que tenga un permiso por si y ante sí. Y que lo tiene que asumir él. Pero no un traspaso porque es difícil. Esa es una revisión legislativa y también conceptual, cultural. También tienen que hacerse cargo de esto las empresas. Así como tenemos certificaciones de la mejor empresa, etc. Deberíamos buscar incentivos de como es la mejor empresa. Si los hay, pero no son suficientes. ¿Cómo es la mejor empresa para el desarrollo de sus trabajadores? Porque son mejores padres, porque pueden vincular lo familiar con lo laboral. Entonces, así como tiene certificaciones, yo buscaría eso como un incentivo. A todo el mundo le gusta sentir o identificarse como “yo soy la de mejor responsabilidad social”, pero es porque tienen una buena responsabilidad con el entorno, pero esto esta muy como “olvidado”, y dicen “el bienestar de los trabajadores”, pero en el último, está esto de ser padres. Entonces yo le daría una mayor luz. Y lo otro es que el derecho y también lo discutamos como sociedad, cuáles son los derechos de los hijos a tener un padre presente. Que va mas allá de los permisos, etc. Esos serían los puntos que le di vuelta y que dan cuenta de que este mundo es de muchas oportunidades y que investigaciones como la suya, nos pueden dar más claridad para ver todo lo que tenemos por hacer y proponer estos incentivos focalizados, y por el otro lado, interrelacionados, para que haya cambios culturales, económicos y empresariales. Agregó otra cosa, la flexibilidad laboral, también es la forma en que nosotros tenemos de trabajar. Ahora, la forma de trabajar que podemos estar trabajando desde nuestras casas, es también una oportunidad que debiéramos ir profundizando. ¿Por qué debemos estar siempre en un lugar espacial? Cuando podríamos estar trabajando y aportando, entonces, todo eso, también debiera estar en esta estrategia.

Investigador: ¿Qué le parece a usted el tiempo de postnatal actual? En este caso, estas 24 semanas, que solamente fueran para la mujer. ¿Qué le parece a usted ese tiempo? ¿Le parece correcto, le parece que se podría extender?

Abogado: Mire, lo que me parece viendo, es que aquí hay una gran diferencia, por ejemplo, en que uno es el permiso y otro es el subsidio. Osea, si yo tengo un permiso, pero que esta acompañado de un subsidio en que no me empobrece, sino que puedo, es lo que pasa por ejemplo en la administración pública. En la administración pública esa persona recibe lo mismo de su remuneración. Aquí en cambio no, es distinto, lo imponible, con tope, etc. Me parece que si hay una conversación entre el permiso y el subsidio que no me empobrezca y que no tenga tope, uno lo puede extender. Pero ¿Qué ha pasado en el caso de mujeres embarazadas y de mujeres en edad fértil? Muchas veces se prefiere a un hombre que a una mujer porque precisamente puede embarazarse. Y hay políticas que son abiertamente discriminatorias de incorporar a mujeres tanto a nivel profesional como técnico porque complican a las empresas. No lo hemos sabido trabajar, entonces, por ejemplo, lo de los 6

meses. ¿Cuántas lo toman? Yo creo que de repente son bastante ilusorias. Yo creo que de ahí van de la mano, cambios culturales, cambios sociales, cambios legales.

Investigador: Muchísimas gracias.

Anexo 5: Tabla 5: Estudios en relación a sus resultados

	Diseño del estudio	Resultado en salud medido	Resultados	Año
Alemania				
Maternity Leave and Mothers' Long-Term Sickness Absence: Evidence From Germany	Estudio de cohorte no concurrente	expansión del postnatal maternal de 2 a 6 meses y la licencia por enfermedad a largo plazo de las madres durante un período de tres décadas después del parto	Se genero una selección negativa en el ámbito laboral, ya que las mujeres enfermas antes de la reforma, una vez que se transformaban en madres, abandonaban la fuerza laboral, pero ahora con la reforma, se reintegraban al trabajo, presentando posteriormente licencias mas prolongadas que antes de introducirse la reforma	2018
Australia				
Intimate Partner Violence During Pregnancy and the First Year Postpartum in an Australian Cohort Study	Estudio de cohorte prospectivo	relacionar la violencia de pareja en un estudio de cohorte longitudinal durante y después del embarazo, y examinar factores sociales y económicos que favorecen o inhiben la violencia	aquellas mujeres que eran elegibles para acceder al postnatal maternal tenían el odds menor de reportar violencia de pareja seguidas de las que se encontraban trabajando, pero no tenían acceso al	2010

			postnatal maternal. Aquellas mujeres que no se encontraban trabajando al momento del embarazo, tenían el odds más alto de presentar violencia de pareja durante el embarazo y durante el primer año de vida del menor.	
Leave Duration After Childbirth: Impacts on maternal mental health, parenting, and couple relationships in Australian Two Parent families	Cohorte no concurrente	busco evaluar el impacto de la duración del postnatal maternal en la salud mental de las madres, calidad de crianza y relaciones de pareja.	Madres que tomaron entre 27 y 52 semanas de postnatal pagado tuvieron menos odds de experimentar angustia que las madres que tomaron menos de 26 semanas o que no tomaron en absoluto. Las madres que tomaron mas de 52 semanas, no se vieron beneficiadas en relacion a las que tomaron entre 27 y 52.	2012
Paid parental leave supports breastfeeding and mother-infant relationship: a prospective investigation of	Estudio de cohorte prospectivo	asociación entre la relación madre-hijo, definida como el vínculo emocional materno-infantil, la ansiedad de separación	Los hallazgos de este estudio sugieren que el suministro de una ausencia suficiente y segura del trabajo remunerado después del	2012

maternal postpartum employment		moderna y la lactancia materna, y el estado laboral materno a los 10 meses posteriores al primer parto.	parto, a través de una licencia postnatal pagada, es probable que aumente la oportunidad de las mujeres de desarrollar un apego sensible, afectuoso y seguro con su bebé, que se verá reflejado en que las mujeres tengan una preocupación óptima por ellas mismas y por sus hijos durante los episodios regulares de separación	
The benefits of paid maternity leave for mothers' post-partum health and wellbeing: Evidence from a Australian evaluation	Transversal analítico	Salud mental y física de la madre	En general, se observó una mejor salud mental y física entre las madres después de la introducción del PPU, aunque los efectos fueron pequeños.	2017
The effects of parental leave on child health and postnatal care: Evidence from Australia	Se usó un estimador de efectos aleatorios para analizar datos de nivel micro de la Encuesta de Licencia Parental en Australia para examinar los efectos de la licencia parental en medidas de salud infantil y	el tiempo que la madre se encuentre alejada del trabajo, cerca del nacimiento, significará una mejora en la salud del hijo y su desarrollo.	el permiso parental cerca del nacimiento se asoció significativamente con la lactancia materna prolongada, la inmunización al día y otros efectos positivos en algunas condiciones	2015

	provisión de insumos de salud al niño		de salud crónicas como el asma y la bronquiolitis	
Canadá				
Evidence from Maternity Leave Expansions of the Impact of Maternal Care on Early Child Development	Estudio de Cohorte no concurrente	asociación entre una expansión de la licencia postnatal y un mayor desarrollo precoz del niño	No se encontró asociación	2010
Maternal employment, breastfeeding, and health: Evidence from maternity leave Mandates	Estudio de cohorte no concurrente	la relación entre la extensión del postnatal maternal y el aumento de la lactancia materna, y como esto influye en la salud de la madre y el hijo	la lactancia materna aumento de forma significativa durante el primer año de vida del menor (más de un mes para las madres candidatas), y en la duración de la lactancia materna exclusiva (más de un mes y medio). Para ningún resultado se encontraron pruebas sólidas de que el aumento de la lactancia materna haya tenido un efecto beneficioso en la salud (autoinformada)	2007
Chile				
Impacto de la extensión del postnatal en la adherencia a la lactancia	Estudio retrospectivo	evaluar el impacto de la extensión del postnatal	la encuesta nacional de lactancia materna (ENALMA) realizada	2018

materna. Estudio de Cohorte		en la adherencia a la lactancia materna	después de la introducción de la extensión del postnatal (2013), registró un alza de 12% de la lactancia materna al sexto mes post parto (de 44% a 56%)	
Tendencia de la lactancia materna exclusiva en Chile antes y después de la implementación de la Ley postnatal parental	Estudio observacional retrospectivo	se evaluó la tendencia de lactancia materna antes y después de la implementación de la Ley postnatal parental.	Se observó un aumento en la prevalencia de la lactancia materna posterior a la Ley del postnatal parental	2018
Dinamarca				
The Length of Maternity Leave and Family Health	Estudio de cohorte no concurrente	se analizó la relación entre la duración de la licencia postnatal y la salud física y psicológica de la familia	Se encontró un efecto positivo de la extensión del postnatal materno al disminuir el número de admisiones hospitalarias de la madre, pero en general, la salud y bienestar de las familias aparentemente no se vio afectada a grandes rasgos.	2014
España				
Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva	Estudio de cohorte prospectivo	se buscó estimar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en una cohorte	El factor principal para frenar la lactancia materna exclusiva fue el tiempo de postnatal	2015

durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa		de Guipúzcoa durante los primeros 6 meses de vida del bebé, así como las razones de abandono de esta práctica y los factores asociados	maternal. Las madres con licencias de entre 4 y 6 meses mostraron un mayor cese (2.65 veces) de la lactancia materna exclusiva comparadas con mujeres que no trabajaban.	
Estados Unidos				
Maternity Leave Access and Health: A Systematic Narrative review and conceptual framework development	Revisión narrativa	se realizó una revisión narrativa de forma sistemática con el objetivo de relacionar la cobertura y utilización del postnatal maternal con la salud de la madre y del niño.	La revisión señala que el resultado más demostrado a lo largo de la literatura en relación al postnatal maternal es la lactancia materna exclusiva, tanto en su inicio y duración, siendo la mayor evidencia, la duración. La salud del niño no se ha investigado a fondo como un resultado de salud en cuanto al acceso a una licencia maternal, pero la evidencia inicial indica vínculos causales entre la licencia maternal y varios indicadores de salud infantil	2016

Child Health in Elementary school following california's paid family leave program	Estudio de cohorte no concurrente	se evaluaron los cambios en los resultados de salud de los niños (sobrepeso, trastorno de déficit atencional e hiperactividad y problemas de audición) de la escuela primaria después de la introducción del postnatal parental familiar pagado	Los resultados sugieren que luego de la introducción del postnatal parental familiar pagado, los niños californianos experimentaron menores probabilidades de tener sobrepeso, trastorno de déficit atencional e hiperactividad, problemas de audición, e infecciones frecuentes de oído	2017
Does the Length of Maternity Leave affect maternal health?	Estudio retrospectivo	se buscó determinar si el tiempo de licencia de postnatal maternal afecta la salud materna de madres trabajadoras	Existe evidencia que asocia, pero no concluye, de que una licencia por maternidad más prolongada se asocia con una menor probabilidad de tener un cuadro de depresión clínica y una menor probabilidad de tener visitas ambulatorias frecuentes durante los primeros seis meses después del parto.	2005
Family Leave after childbirth and the health of new mothers	Estudio de cohorte no concurrente	se buscó examinar la asociación entre la duración de la licencia	Los resultados sugieren que una licencia maternal más	2008

		parental familiar, que incluye la licencia por parte de las madres y los padres, y los resultados de salud física y del comportamiento entre las nuevas madres	prolongada, tanto pagada como no pagada, se asocia con una reducción de los síntomas depresivos, una disminución de la probabilidad de depresión grave y una mejora de la salud materna en general	
Promoting Father Involvement for Child and family health	Revisión narrativa	se relacionó el postnatal paterno (dentro de otros factores) con el involucramiento del padre en la vida de sus hijos y de cómo este involucramiento se asocia a mejores resultados en la salud del niño y la familia	Los niños con padres involucrados comparados con niños con padres no involucrados, demuestran un mejor desarrollo cognitivo, emocional y de comportamiento social, así como una mejor salud física (menor mortalidad infantil, menos accidentes graves, menores tasas de obesidad)	2018
Paid Maternity Leave in the United States: Associations with maternal and infant health	Estudio de cohorte prospectivo	se realizó una regresión logística multivariable para predecir la probabilidad de resultados relacionados con la salud infantil, la	el estudio concluye en que el postnatal maternal pagado predice de forma significativa menores probabilidades de reingreso materno e	2017

		salud física y mental de la madre y las conductas de salud por el uso y duración de la licencia postnatal pagada	infantil a nivel hospitalario y predice mayores probabilidades de tener éxito con el ejercicio y el control del estrés	
Paid maternity leave and breastfeeding practice before and after California's implementation of the nation's first paid family leave program	Estudio de cohorte no concurrente	se buscó evaluar la lactancia materna antes y después de la implementación del primer postnatal familiar pagado en los Estados Unidos en el estado de California en el año 2004	Se encontró un aumento de entre un 3% y un 5% para la lactancia materna exclusiva durante los primeros 3 y 6 meses, y un aumento de entre un 10% y un 20% para la lactancia materna en los primeros 3, 6 y 9 meses	2015
Maternity Leave Duration and postpartum mental and physical health: implications for leave policies	Estudio de cohorte prospectivo	se examinó la asociación entre la duración del postnatal con síntomas depresivos, salud mental, salud física y síntomas maternos en el primer año postparto utilizando un estudio de cohorte prospectivo	Madres primíparas que toman licencias maternas menores a seis meses después del parto, aparentemente tienen un mayor riesgo de tener síntomas depresivos postparto. Licencias maternas más largas tienen un efecto protector en la salud física de las madres en general en las primeras doce semanas después del parto.	2014

Preventing intimate partner violence through paid parental leave policies	El artículo presenta una teoría del cambio y la evidencia para sugerir cómo la licencia parental pagada puede afectar la violencia de la pareja	El artículo presenta una teoría del cambio y la evidencia para sugerir cómo la licencia parental pagada puede afectar la violencia de la pareja	los investigadores establecieron tres mecanismos potenciales de cambio por los cuales la licencia postnatal parental pagada puede influir en la perpetración de VP / VPA. Por supuesto, estos mecanismos descritos son principalmente teóricos, aunque se basan en vínculos empíricos	2018
Time off Work and the Postpartum Health of Employed Women	Estudio transversal analítico	se buscó evaluar el impacto del postnatal maternal en la salud de la madre	El efecto del tiempo libre en la salud materna inicialmente se asoció con una mejor salud y esto aumentó con el tiempo, lo que revela que más tiempo libre se asocia con mejores resultados de salud. Se observó que el efecto positivo del tiempo fuera del trabajo sobre la salud materna comenzó a las 12 semanas después del parto para la vitalidad, a las 15 semanas después	1997

			del parto para la salud mental, y a las 20 semanas después del parto para la función de rol materno	
The benefits of breastfeeding across the early years of childhood	Estudio de cohorte no concurrente	explorar el efecto causal de la lactancia materna en el desarrollo a través de los primeros años de la infancia	el estudio asocia que aquellos niños que son alimentados a través de lactancia materna están más protegidos contra la obesidad y tienen mejores resultados cognitivos a los 24 y 54 meses. El hecho de no poder tomar tiempo de descanso del trabajo es la razón principal para no amamantar, causando que el costo marginal de la lactancia materna sea alto si no existen leyes generosas de licencia por maternidad	2010
The effects of maternity leave on children's birth and infant health outcomes in the United States	Estudio de cohorte no concurrente	se evaluó el impacto de una licencia maternal sin paga a partir del "Family and Medical Leave Act (FMLA)" de 1993 firmado por Bill Clinton, la cual otorga un mínimo de 12	Se generó mejores indicadores de salud pero solo en aquellas familias que podían permitirse la licencia sin paga, lo que incrementó la inequidad.	2011

		semanas de licencia maternal sin paga para un poco más de la mitad de las mujeres trabajadoras elegibles, tanto en los resultados de nacimiento infantil como en la salud de los niños.		
Noruega				
The Impact of Paid Maternity Leave on Maternal Health	Estudio de cohorte no concurrente	evalúa el impacto de la licencia maternal pagada en la salud materna mediante una reforma que aumentó los beneficios de la licencia por maternidad en Noruega en 1977	La reforma mejoró una variedad de resultados de salud y biomarcadores de madres elegibles, incluyendo el IMC, la obesidad, la presión arterial, el dolor y la salud mental. También se encontró que estas mismas mujeres experimentaban mejor salud general autoinformada, tenían menos probabilidades de fumar y mayor probabilidad de participar en ejercicios intensos.	2017
Suecia				

Paternity leave in Sweden—Costs, savings and health gains	Estudio de cohorte no concurrente	examinar la relación entre la licencia por paternidad en 1978–1979 y la mortalidad masculina en 1981–2001	Este estudio demostró que los padres que se encontraban con licencia parental en 1978-1979 tenían menor riesgo de muerte que aquellos padres que no lo estaban	2007
Dangerous dads? Ecological and longitudinal analyses of paternity leave and risk for child injury	Estudio ecológico y de cohorte no concurrente	los autores evalúan si el permiso parental de los padres puede considerarse un factor de riesgo mayor para las lesiones infantiles en relación a las madres.	El estudio no apoya la conjetura de que los padres, como cuidadores, exponen a sus hijos a un mayor riesgo de lesiones que las madres. En primer lugar, un aumento constante en la participación de los padres en el permiso parental no fue paralelo a cambios notables en la tendencia a la baja de las tasas de lesiones en los niños (edad 0-4 años). Aunque esta forma ecológica de evidencia es débil de demostrar a nivel individual, sugiere al menos que la licencia paternal no deja afuera,	2012

			a nivel país, las medidas de seguridad promovidas e implementadas para proteger a niños pequeños de lesiones	
Could gender equality in parental leave harm offsprings' mental health? A registry study of the Swedish parental/child cohort of 1988/89	Estudio de cohorte no concurrente	buscó explorar la asociación entre el grado de igualdad de género de los padres en el cuidado infantil y la salud mental de los niños	El estudio sugirió que tener padres con igualdad de género en relación con el cuidado infantil temprano (licencia parental) implica un mayor riesgo de atención mental ambulatoria para la depresión entre los niños varones (en comparación con los padres tradicionales) y un mayor riesgo de prescripción de medicamentos para la ansiedad entre las niñas (en comparación con tener padres tradicionales y no tradicionales)	2012
The relationship between a less gender-stereotypical parenthood and alcohol-related care	Estudio de cohorte no concurrente	el objetivo era analizar si el riesgo de daño por alcohol difiere entre los padres que se ajustan a	Los principales resultados muestran que los hombres que tomaron licencia	2008

and death: A registry study of swedish mothers and fathers		un estereotipo de rol de género en comparación con aquellos con una división menos estereotipada del rol de género del cuidado infantil y el trabajo remunerado	paternal tuvieron un 18% menor riesgo de tener consultas médicas relacionadas con el alcohol con o sin resultado de muerte que otros padres. Las madres que trabajaron a jornada completa cerca de 2 años después de tener un hijo tuvieron un 71% mayor riesgo de consultas médicas relacionadas con el alcohol con o sin resultado de muerte que aquellas madres que se encontraban desempleadas o trabajaban media jornada.	
How do masculinity, paternity leave, and mortality associate? eA study of fathers in the swedish parental & child cohort of 1988/1989	Estudio de cohorte no concurrente	el objetivo fue examinar las asociaciones entre la "masculinidad" (evaluada a la edad de 18 a 19 años), el permiso de paternidad (1988-1990) y los patrones de mortalidad (1991-2008) en función de una población de	El estudio concluye que la masculinidad y la licencia de paternidad funcionan a través de vías causales separadas hacia la mortalidad. En general, las estrategias dirigidas a expectativas menos estereotipadas de género sobre lo que un	2010

		hombres suecos que tuvo un hijo en 1988/89. La "masculinidad" se midió durante el proceso de reclutamiento militar obligatorio por parte de un psicólogo basado en intereses de ocio y ocupacionales, y la licencia de paternidad se midió en días completos por los datos del registro	hombre "debería hacer" son, en general, susceptibles de beneficiar a la salud masculina y potencialmente reducir la brecha de género en la longevidad.	
Parental leave and increased physical activity of fathers and mothers-results from the northern swedish cohort	Estudio de cohorte prospectivo	el objetivo fue investigar el permiso parental en relación con el aumento de la actividad física entre hombres y mujeres	El primer supuesto de que para los hombres una licencia parental más larga estará asociada con un aumento en la actividad física, fue confirmado de manera provisoria. Los hombres que toman licencias parentales más largas aparentemente son más propensos a aumentar su nivel de actividad física entre aquellos que son jóvenes y aquellos de mediana edad, pero no son más propensos a alcanzar las	2014

			recomendaciones de la OMS a los 42 años. El segundo supuesto arrojó que para las mujeres parece no haber asociación entre la duración de la licencia parental y la actividad física posterior. La actividad física de las mujeres aumentó más que la de los hombres durante el período, incluso sobrepasándolos	
Parental share in public and domestic spheres: a population study on gender equality, death, and sickness	Estudio de cohorte no concurrente	se buscó examinar la relación entre los aspectos de la igualdad de género y la salud de la población basándose en la premisa de que las diferencias de salud entre los sexos son causadas principalmente por el sistema de género	el postnatal parental mientras más extenso sea, contribuye a generar igualdad de roles en la esfera del cuidado y, por lo tanto, genera beneficios en términos de salud para ambos sexos.	2006
Suiza				
Length of maternity leave and health of mother and child – a review	Revisión de la literatura	se realizó una revisión de la literatura en relación a la asociación entre postnatal maternal y la salud de las madres y los niños. Además, se	Se mostró una asociación positiva entre la duración de la licencia maternal y la salud mental de la madre y la duración de	2007

		buscó evaluar la situación de Suiza en relación a la nueva política de postnatal maternal implementada en el año 2005.	la lactancia materna, junto a una mayor calidad de interacciones madre-hijo. Licencias postnatales más extensas también se asociaron con una menor mortalidad perinatal, neonatal y postnatal, junto a una disminución de la mortalidad infantil hasta el quinto año de vida	
Estudios Multipaíses				
A comparative analysis of early child health and development services and outcomes in countries with different redistributive policies	Estudio transversal analítico	se investigó la influencia de las políticas redistributivas específicamente en el entorno social del desarrollo temprano del niño en cinco países con diferentes tradiciones políticas (Cuba, Estados Unidos, Suecia, Países Bajos y Canadá).	Las políticas redistributivas generosas se asociaron con una mayor licencia por maternidad pagada. Suecia tuvo la mayor tasa de iniciación de la lactancia materna; sin embargo, la tasa de lactancia materna exclusiva a los 6 meses más alta fue la de Cuba y los Países Bajos. Estudios recientes han revelado diversos determinantes sociodemográficos,	2013

			biomédicos y psicosociales de la duración y la exclusividad de la lactancia materna, lo que puede explicar estas discrepancias	
Demographic Consequences of Maternal-Leave Programs in Industrial Countries: Evidence from Fixed-Effects Models	Estudio analítico transversal en 4 periodos	se trató de medir los efectos de la licencia maternal pagada en tres variables demográficas: la mortalidad infantil, la participación de las mujeres en la fuerza laboral en las edades donde suelen iniciar la crianza y la tasa de fecundidad	Las estimaciones estructurales proporcionaron evidencia sustancial en apoyo de las predicciones de los investigadores de que alargar la duración permitida de la licencia maternal pagada reduce la mortalidad infantil, al tiempo que aumenta la participación de las mujeres jóvenes en la fuerza laboral y la tasa general de fertilidad. Sin embargo, el análisis arroja dudas sobre la fertilidad a largo plazo	1995
Increased Duration of Paid Maternity Leave lowers infant mortality in low-and middle-income countries: A	Estudio cuasi-experimental	se buscó evaluar si las políticas de licencia maternal en países de bajos y medianos ingresos logran	Los resultados de los autores indican que las políticas de licencia maternal pagadas más generosas pueden tener	2016

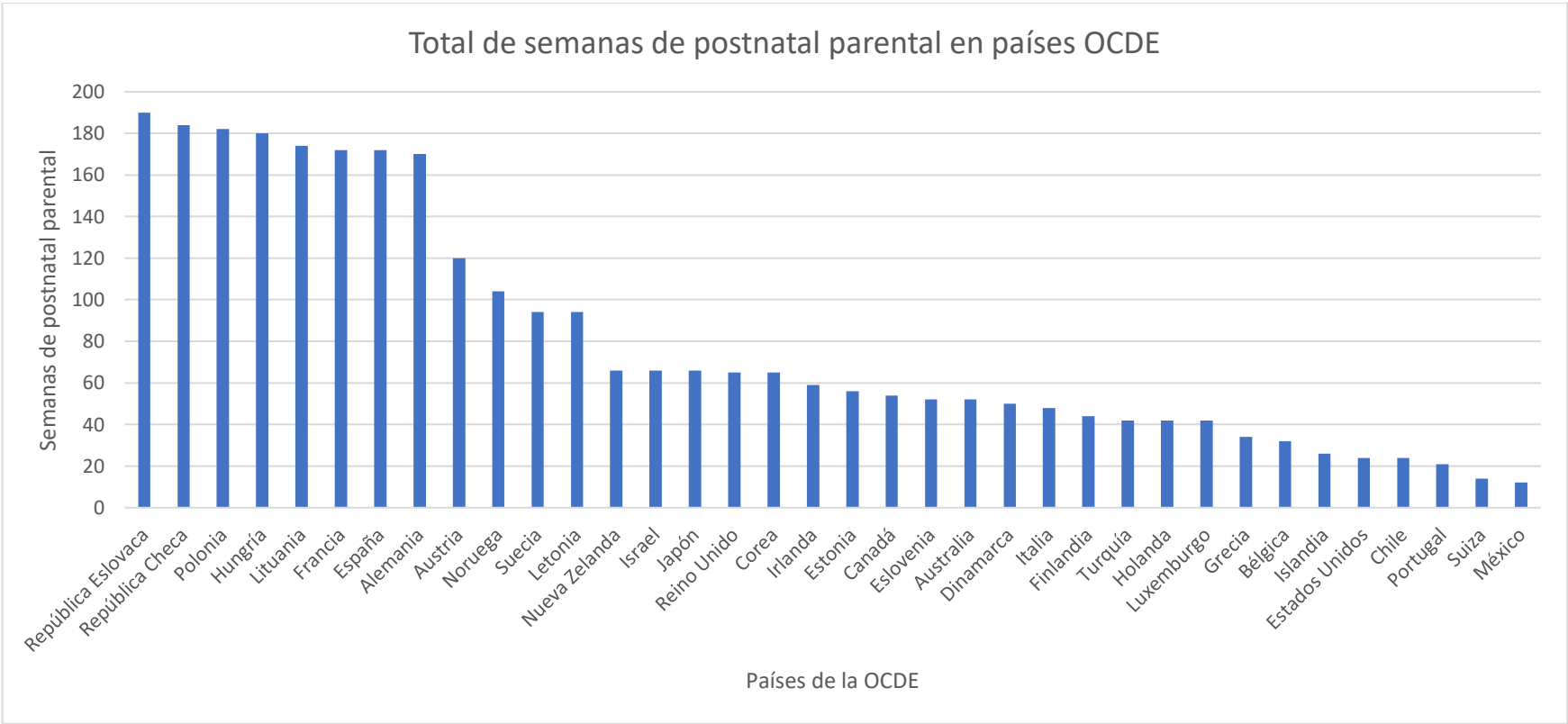
quasi-experimental Study		disminuir la mortalidad infantil	un potencial aún mayor para reducir la mortalidad infantil en los países de bajos ingresos comparados con los países de ingresos más altos	
The Impact of Parental and Medical Leave policies on socioeconomic and health outcomes in OECD countries: A systematic review of the empirical literatura	Revisión sistemática	se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre las licencias parentales pagadas y los resultados socioeconómicos y de salud	El estudio concluye que existe evidencia substancial del tipo cuasiexperimental para apoyar las extensiones en la duración del postnatal parental pagado como un instrumento para apoyar la participación de las mujeres en la fuerza laboral, protegiendo los ingresos de las mujeres y mejorando la sobrevivencia del niño	2018
Paid maternity leave and childhood vaccination uptake: Longitudinal evidence from 20 low-and-middle-income countries	Estudio retrospectivo	se buscó la asociación entre la licencia maternal y el acceso a la vacunación al considerar que la licencia por maternidad podría eliminar las barreras para que los padres tengan tiempo	En los resultados, se encontró que extender la licencia maternal pagada tuvo un efecto positivo en las tasas de vacunación para las tres dosis de DPT; cada semana de licencia maternal adicional,	2015

		disponible para poder llevar a su hijo al vacunatorio.	aumentó la cobertura de DPT 1, 2 y 3 en 1.38 (95% IC = 1.18, 1.57), 1.62 (IC = 1.34, 1.91), y 2.17 (IC = 1.76, 2.58) puntos porcentuales respectivamente	
Parental Leave and Child Health across OECD Countries	Estudio de casos y controles	se buscó investigar los efectos de la licencia parental pagada protegida (en la cual el empleador no puede desvincular al trabajador) y otros tipos de licencia (incluyendo la licencia no protegida pagada y no pagada) en los resultados de salud del niño, más específicamente, tasas de mortalidad, bajo peso de nacimiento y cobertura de inmunización en países pertenecientes a la OCDE	se señala que las semanas de licencia parental pagada protegida y no otro tipo de licencia, reducen las tasas de mortalidad infantil. En relación a la tasa de bajo peso de nacimiento, esta disminuía si la licencia parental se otorga antes del nacimiento. En cuanto al efecto de la licencia parental pagada protegida en la inmunización, no se observaron efectos en los países de la OCDE. El investigador señala que esto puede deberse debido a que las tasas de inmunización en los países OCDE son tan altas, que no suelen	2005

			fluctuar, por lo que es difícil poder observar el efecto de la licencia en este aspecto.	
Parental leave and child health	Estudio Ecológico	se investiga si la licencia parental mejora la salud pediátrica.	Se encontró que las licencias parentales más generosas reducen las muertes de bebés y niños pequeños. La magnitud de este efecto estimado es sustancial, especialmente cuando existe un efecto causal de la licencia que es más plausible. En particular, existe una relación mucho más fuerte entre la duración de la licencia y la disminución de las muertes post-neonatales o infantiles que la mortalidad perinatal, las muertes neonatales o el bajo peso al nacer.	2000
The long-run effect of maternity leave benefits on mental health: Evidence from European countries	Estudio Ecológico	se examinó si las políticas de licencia maternal tienen un efecto en la salud mental de las mujeres en edades tardías	los autores señalan que existe evidencia de que las políticas de licencia maternal producen importantes beneficios de salud mental para las	2015

			madres trabajadoras, y que estos se extienden más allá del período de nacimiento y persisten hasta la edad avanzada	
The maternal health outcomes of paid maternity leave: A systematic review	Revisión sistemática	el objetivo es proporcionar una revisión sistemática de los estudios que examinan la asociación entre la licencia maternal pagada y la salud materna.	Al sintetizar los resultados los investigadores sugirieron que la licencia maternal pagada proporcionaba beneficios de salud materna, aunque esto variaba según la duración de la licencia	2015

Anexo 6: Ilustración 5: Gráfico 1: Total de semanas de postnatal parental en países OCDE



Anexo 7: Tabla 6: Días de postnatal maternal, paternal y parental según países OCDE

País	Postnatal maternal	Postnatal paternal	Postnatal parental	Notas	TOTAL	Lugar
República Eslovaca	34 semanas	0	156 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres a tarifa plana	190	1
República Checa	28 semanas	0	156 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres	184	2
Polonia	26 semanas	14 días consecutivos	156 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres, 104 semanas son pagadas, 60% de lo ganado anteriormente se paga por 26 semanas y las otras 104 semanas se paga una tarifa plana	182	3
Hungría	24 semanas	5 días	156 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres	180	4
Lituania	18 semanas	30 días consecutivos	156 semanas	El postnatal parental lo pueden tomar cualquiera de los 2 padres, se pagan 52 semanas.	174	5
Francia	16 semanas	11 días laborales	156 semanas	26 semanas del postnatal parental son pagadas por el primer hijo, lo pueden tomar los 2 padres	172	6
España	16 semanas	15 días consecutivos	156 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres, no es pagado	172	6
Alemania	14 semanas	0	156 semanas	52 semanas del postnatal parental son pagadas, lo puede tomar cualquiera de los 2 padres	170	7
Austria	16 semanas	0	104 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres	120	8
Noruega	35 o 45 semanas	14 días consecutivos	59 semanas	El postnatal parental, 14 semanas son para la madre y 14 para el padre, 49 semanas al 100% o 59 semanas al 80% de lo ganado anteriormente	104	9
Suecia	14 semanas	10 días	80 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres, se paga un 80% de lo ganado anteriormente hasta la semana 65 (390 días), luego	94	10

				una tarifa plana por las 15 semanas restantes (90 días)		
Letonia	16 semanas	10 días consecutivos	78 semanas	El postnatal parental lo pueden tomar cualquiera de los 2 padres, se paga un 70% de lo ganado anteriormente	94	10
Nueva Zelanda	14 semanas	14 días consecutivos	52 semanas	El postnatal parental lo pueden tomar cualquiera de los 2 padres, no es pagado	66	11
Israel	14 semanas	0	52 semanas	El postnatal parental lo pueden tomar ambos padres, no es pagado	66	11
Japón	14 semanas	0	52 semanas	El postnatal parental lo pueden tomar ambos padres, se paga un 50% de lo ganado anteriormente	66	11
Reino Unido	52 semanas	14 días consecutivos	13 semanas	El postnatal parental lo pueden tomar ambos padres, no es pagado	65	12
Corea	13 semanas	3 días	52 semanas	El postnatal parental lo pueden tomar cualquiera de los 2 padres, se paga un 40% de lo ganado anteriormente	65	12
Irlanda	42 semanas	0	17 semanas	El postnatal parental lo pueden tomar ambos padres, no es pagado	59	13
Estonia	20 semanas	10 días laborales	36 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres	56	14
Canadá	17 semanas	0	37 semanas	35 pagadas del postnatal parental, lo puede tomar cualquiera de los 2 padres	54	15
Eslovenia	15 semanas	90 días consecutivos	37 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres, se paga un 90% de lo ganado anteriormente	52	16
Australia	0	14 días	52 semanas	18 semanas del postnatal parental son pagadas al padre o a la madre. Postnatal paternal es en base al sueldo mínimo	52	16
Dinamarca	18 semanas	14 días consecutivos	32 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres	50	17

Italia	22 semanas	1 día	26 semanas	El postnatal parental lo pueden tomar ambos padres, se paga un 30% de lo ganado anteriormente	48	18
Finlandia	18 semanas	54 días laborales	26 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres	44	19
Turquía	16 semanas	0	26 semanas	El postnatal parental es solo para las madres y no es pagado	42	20
Holanda	16 semanas	2 días	26 semanas	El postnatal parental lo pueden tomar ambos padres, no es pagado	42	20
Luxemburgo	16 semanas	2 días	26 semanas	El postnatal parental lo pueden tomar ambos padres	42	20
Grecia	17 semanas	2 días	17 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres hasta que el niño cumpla 6 años. No es pagado.	34	21
Bélgica	15 semanas	10 días laborales	17 semanas	El postnatal parental lo puede tomar cualquiera de los 2 padres	32	22
Islandia	13 semanas	90 días consecutivos	13 semanas + 13 semanas	El postnatal parental son 13 semanas pagadas para cualquiera de los 2 padres + 13 semanas no pagadas para ambos padres	26	23
Estados Unidos	12 semanas	0	12 semanas	El postnatal parental lo pueden tomar ambos padres, no es pagado (depende del estado, hay algunos estados que tienen menos semanas, lo indicado acá es en relacion a la regulacion federal	24	24
Chile	12 semanas	5 días	12 semanas	6 semanas del postnatal parental son reservadas para la madre	24	24
Portugal	17 o 21 semanas	20 días	17 - 21 semanas o 13 extras	El postnatal parental, son 17 semanas al 100% o 21 al 80% de lo ganado anteriormente, las 13 semanas extra opcionales, se paga un 25% de lo ganado anteriormente	21	25
Suiza	14 semanas	0	0	No existe el postnatal parental	14	26
México	12 semanas	0	0	No existe el postnatal parental	12	27

**Anexo 8: FORMULARIO DISPENSA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CEC-MedUC**

I.- IDENTIFICACION DEL ESTUDIO:

Investigador Responsable: Marco Bravo Dañobeitia
Título del Estudio: Extensión del postnatal parental en Chile: Beneficios y determinantes en su implementación. Revisión narrativa y recomendaciones para Chile.
ID del proyecto: 181121008

I.- JUSTIFICACIÓN DE LA DISPENSA

Señale porqué solicita la dispensa del Documento de Consentimiento Informado, justificando porqué la investigación no sería factible sin la dispensa.

Indique:

Sí ☐ No ☒ La investigación hará uso de datos sensibles identificables.

Sí ☐ No ☒ La investigación y/o sus resultados provocará algún cambio en la conducta clínica hacia los

participantes

Sí ☐ No ☒ Necesitará contactar a los participantes para obtener información adicional

La investigación no sería factible sin la dispensa, debido a que se busca saber las barreras y oportunidades en la implementación del postnatal parental extendido en Chile por parte de expertos, y por este aspecto, es importante señalar a los expertos dentro del estudio.

--

PARA USO INTERNO DEL CEC-MedUC

**NOMBRE PRE-
REVISOR:**_____

RESOLUCIÓN:

☐ **CUMPLE CRITERIO PARA DISPENSA DE PROCESO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

☐ **CUMPLE CRITERIO PARA DISPENSA DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

**OBSERVACIONES (si
corresponde):**_____

Versión Agosto 2016