



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Schlaepfer, Loraine V.; Infante, Claudia

La alimentación infantil en México y su relación con la utilización de servicios de salud materna

Salud Pública de México, vol. 34, núm. 6, noviembre-diciembre, 1992, pp. 49-55

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10634607>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LA ALIMENTACIÓN INFANTIL EN MÉXICO Y SU RELACIÓN CON LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MATERNA*

LORAIN V. SCHLAEPFER, PH. D.,⁽¹⁾ CLAUDIA INFANTE, M. SC.⁽¹⁾

Schlaepfer LV, Infante C.
La alimentación infantil en México
y su relación con la utilización
de servicios de salud materna.
Salud Publica Mex 1992;34:593-606.

Schlaepfer LV, Infante C.
The relationship between infant feeding
practices and the utilization of maternal
health care services in Mexico.
Salud Publica Mex 1992;34:593-606.

RESUMEN

Este trabajo, además de documentar los patrones recientes de alimentación infantil en México, busca responder a dos preguntas: a) ¿a través de qué vías el nivel socio-económico afecta a la alimentación infantil y a la utilización de servicios de salud materno infantiles? y b) ¿cuál es el efecto del nivel socio-económico en la relación entre la utilización de servicios y la alimentación infantil? El estudio se basa en análisis bivariados y estratificados de la información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud ENFES, (1987). Los datos comprueban que: a) si bien existe una relación entre los factores socio-económicos tanto en la utilización de servicios como en las prácticas de alimentación, la dimensión social afecta en forma diferente a las dos variables; b) hay una relación entre la utilización de servicios y la alimentación infantil; y c) esta relación se explica, en parte, por la asociación de ambas variables con los factores socio-económicos. Se proponen estrategias operativas para los servicios de salud y lineamientos técnicos para futuras investigaciones en este campo.

Palabras clave: alimentación infantil, lactancia materna, ablactación, atención materno-infantil

ABSTRACT

In addition to describing recent infant feeding patterns in Mexico, this paper attempts to answer the following questions: what are the mechanisms through which the socio-economic level affects both infant feeding and the utilization of maternal and child health care practices? b) what is the effect of the socioeconomic level on the relationship between utilization of services and infant feeding practices? The research is based on bivariate and stratified analyses of the ENFES (1987) information. The data obtained prove that: a) even when there is a relationship between socio-economic factors and, the utilization of services and feeding practices, the social dimension affects differently each of the two variables; b) there is a relationship between the utilization of services and infant feeding; and c) this relationship is explained, in part, by the association of both variables with socioeconomic factors. Operative strategies are proposed for the health services, as well as technical guidelines for future research in this field.

Key words: infant feeding, breast-feeding, weaning, maternal and child health care

Solicitud de sobretiros: Dra. Loraine V. Schlaepfer, Cuauhtémoc 10, colonia Miguel Hidalgo, 14410 México, D.F.

* Parte de este trabajo fue presentado en el III Congreso Nacional de Salud Pública del 27 al 29 de enero de 1992 en el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor.

(1) Investigador del Centro de Investigaciones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

Fecha de recibido: 30 de abril de 1992 **Fecha de aprobado:** 14 de septiembre de 1992

LAS PRÁCTICAS DE alimentación afectan la nutrición y la salud en el primer año de vida, presumiblemente a través de los siguientes mecanismos:¹

1) las técnicas utilizadas para preparar los alimentos y para alimentar al niño determinan el nivel de exposición de este último a los patógenos del ambiente; 2) la alimentación al seno materno coadyuva a la capacidad inmunológica del niño para responder a eventuales infecciones; y 3) la cantidad y calidad de la dieta influyen sobre su estado nutricional.

Los primeros meses de vida son un periodo de crecimiento rápido. La leche materna es el único alimento que se adapta naturalmente a los requerimientos nutricionales cambiantes del niño. En general, la leche materna es el alimento completo y perfectamente balanceado que satisface, por sí solo, a las necesidades de líquidos, energía y nutrientes del niño hasta los 4-6 meses de edad.

Existen alternativas a la leche materna para la alimentación infantil durante ese periodo, e.g. uso de otras leches, téis, atoles, etcétera, que se ofrecen, por lo común, en biberón. Sin embargo, en condiciones de pobreza, en las que los recursos son escasos, el nivel educativo es mínimo, las condiciones higiénicas son insatisfactorias y la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud son insuficientes, la adopción de estas otras alternativas implica un aumento del riesgo de enfermedad y muerte para el niño.

En condiciones de pobreza como las que se acaban de mencionar, la lactancia exclusiva se vuelve insuficiente después de los primeros tres meses de edad, lo cual se refleja en una disminución de la velocidad del crecimiento.² Es necesario, entonces, iniciar el proceso de ablactación, que es la transición progresiva en la alimentación del niño, de la lactancia exclusiva a la dieta familiar.

Es la madre quien, en última instancia, decide el tipo de alimentación que recibirá su bebé. El resultado de esta decisión depende de los valores, creencias y actitudes de la madre, así como de la información que sobre el tema posee, todos ellos determinados por una serie de factores socio-económicos y culturales. Entre éstos, Solimano y colaboradores³ mencionan la disponibilidad de recursos en el hogar, la estructura familiar, las redes sociales de apoyo, el nivel de educación y las aspiraciones de movilidad social de la madre. Los servicios de salud afectan principalmente a través de la información y el apoyo que brindan a la madre, así como de ciertas prácticas institucionales que, habitualmente, son contraproducentes para la alimentación al seno materno. El uso de anticon-

ceptivos generalmente va a la par con una menor práctica del amamantamiento. La disponibilidad y publicidad de sustitutos de leche materna afectan las prácticas de alimentación infantil. Finalmente, el hecho de que la madre trabaje influye sobre su actitud respecto a la lactancia materna y sobre las oportunidades que tiene de ponerla en práctica.

En México, cuatro encuestas recientes proporcionan información sobre los patrones de lactancia a nivel nacional: la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF, 1976), la Encuesta Nacional sobre la Prevalencia de Uso de Anticonceptivos (ENPUA, 1979), la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 1987) y la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES, 1987). Los resultados más relevantes de los análisis que se han abocado al estudio de esta información⁴⁻⁷ son: a) alrededor del 20 por ciento de los niños en el país nunca reciben lactancia materna; b) para el país en su totalidad, la tendencia hacia el descenso de la prevalencia de lactancia materna parece haberse detenido; c) la duración promedio de lactancia tiende a incrementarse ligeramente; d) las madres que residen en las comunidades más pequeñas y preponderantemente agrícolas, y las que tienen el nivel más bajo de escolaridad, son las que muestran la mayor prevalencia de lactancia y duración promedio más elevada; e) el contacto con los servicios de salud materno-infantil está asociado con menor prevalencia y duración de la lactancia; por otro lado los estratos pobres muestran menores tasas de utilización de servicios de atención a la salud reproductiva.

Algunos de los estudios citados, basados en datos de la ENPUA, ENS y ENFES, incluyen en sus análisis a los patrones de ablactación. El resultado más importante se refiere al hecho de que los grupos que tienden a ablactar a los niños más tardíamente son los económicamente más desfavorecidos.

Este trabajo, además de documentar los patrones recientes de alimentación infantil en el país, pretende responder a dos preguntas que surgen de estos resultados: ¿a través de qué vías el nivel socio-económico afecta a la alimentación infantil y a la utilización de servicios de salud? y ¿cuál es el efecto del nivel socio-económico en la relación entre la utilización de servicios de salud y la alimentación infantil en México?

Asimismo, se proponen lineamientos estratégicos a ser tomados en cuenta por los servicios de salud para lograr efectos positivos en las prácticas de alimentación infantil, así como enfoques de investigación que permitan profun-

dizar en el conocimiento de la forma en que los servicios de salud afectan los patrones de alimentación infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con respecto a la primera interrogante, se presenta un análisis bivariado de la relación de una serie de factores socio-económicos, por un lado con los patrones de alimentación infantil, y por otro con la utilización de servicios de atención a la salud reproductiva. Para demostrar el efecto del nivel socio-económico se desarrolló un análisis estratificado de la relación entre utilización de servicios y alimentación infantil, controlando por el nivel socio-económico, siguiendo el modelo de elaboración de Lazarsfeld.⁸ Como medida de asociación se tomó la D de Somer, que es la estadística apropiada para el caso asimétrico de tablas de contingencia, con variables ordinales en las que hay una variable explicativa y una dependiente. La D de Somer puede considerarse como un análogo de los coeficientes de regresión.⁹

Antes de iniciar con los análisis mencionados, se obtuvieron las distribuciones y tendencias de las prácticas de alimentación infantil, con base en comparaciones entre los resultados de encuestas levantadas en diferentes momentos.

La investigación se llevó a cabo a partir de la información de la ENFES. La unidad de análisis fueron los niños nacidos vivos a partir de 1982 (n= 5 315). Las bases de datos difieren ligeramente según el análisis realizado y se especifican en cada uno de ellos.

Se utilizaron los siguientes indicadores: a) de nivel socio-económico (tamaño de la localidad de residencia, sector económico, condiciones de la vivienda,* nivel de escolaridad y antecedentes de trabajo maternos, así como edad de la madre a la primera relación sexual y al nacimiento del primer hijo); b) de contacto con los servicios de salud (tipo de personal de salud que proporcionó la atención prenatal y del parto, lugar en donde fue atendido el parto y uso previo de métodos modernos de planificación familiar).

* Se creó un índice a partir de la disponibilidad de agua, drenaje y baño, así como del tipo de piso de la vivienda. Estas variables fueron seleccionadas de entre otras características de la vivienda por medio de un análisis de factores.

El análisis de la alimentación infantil presenta una serie de problemas metodológicos. Al momento de la entrevista se preguntó a las madres, para cada uno de sus hijos, si los habían amamantado. En caso afirmativo, se les preguntó durante cuánto tiempo y en qué momento le ofrecieron su primer alimento sólido. No se les especificó explícitamente la definición de alimentación al seno, por lo que la información recibida depende de la interpretación de la madre. Esto es un problema de la mayoría de las encuestas demográficas que recolectan este tipo de información. Parece haber consenso de que esta interpretación abarca cualquier forma de lactancia, incluyendo la mixta. Con respecto a la duración de la misma, el problema consiste en determinar con precisión el momento en que termina un proceso que, por lo general, es gradual. Respecto a la ablactación, nuevamente, hay una indeterminación en la definición del concepto, lo cual dificulta las comparaciones entre estudios: en algunos casos se entiende como la introducción en la dieta del niño del primer alimento diferente a la leche materna (incluyendo o excluyendo el agua); en otros, la del primer alimento sólido. Un problema adicional, común a los procesos de lactancia y de alimentación, es el que se refiere a su interrupción (o inclusive no iniciación) debida a la enfermedad o muerte del niño.

Ante estos hechos, se optó por incluir en el análisis de la alimentación infantil sólo a los sobrevivientes al momento de la entrevista y se seleccionaron los siguientes indicadores: a) el porcentaje de niños que recibieron pecho por lo menos durante un mes (iniciación de lactancia); b) el porcentaje de los niños de cinco y más meses de edad que lactaron por lo menos durante seis meses (lactancia prolongada); c) de este mismo subgrupo, el porcentaje de aquéllos que recibieron alimentos sólidos en su dieta antes de cumplir los cinco meses de edad (ablactación oportuna)* y d) el porcentaje de los niños de tres y más meses de edad que, además de la leche materna, recibieron otro tipo de leche antes de cumplir los tres meses (lactancia mixta temprana). Los indicadores b), c) y d) se basan en información sobre el estado del niño al momento de la entrevista.

* Cabe notar que la ENFES proporciona esta última información sólo para los niños que recibieron pecho.

RESULTADOS

CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD

El análisis de la relación entre los factores socio-económicos y la utilización de servicios de atención materna muestra que, conforme desciende el nivel socio-económico, disminuye la demanda de atención médica prenatal y del parto. En los diferenciales de utilización encontrados para las variables de estratificación socio-económica a nivel "macro" (tamaño de la comunidad de residencia y rama de actividad), se aprecia el efecto de la coincidencia de las características de aislamiento, bajos recursos y ruralidad de la población, con la baja disponibilidad y/o accesibilidad de servicios de salud, así como con un mayor uso de recursos tradicionales. De esta manera, a menor tamaño de la comunidad menor es la probabilidad de tener atención médica prenatal y del parto, así como de dar a luz en una unidad de salud. Asimismo, cuando la familia subsiste de actividades agrícolas, hay una probabilidad 2.4 veces mayor de que las mujeres no reciban atención prenatal y 4.2 veces mayor de que, cuando la reciben, sea otorgada por la partera. En relación al parto, las mujeres del sector agrícola tienen una probabilidad 2.2 veces menor de ser atendidas por personal médico, y 3.4 mayor de dar a luz en sus propias casas. En comunidades pequeñas y/o agrícolas, más de la mitad de los partos fueron atendidos por personal empírico y en las casas (cuadro I).

En áreas agrícolas, la atención del parto en el hogar por parteras se debe en buena parte a factores culturales.^{10,11} Por otro lado, las mujeres de zonas no agrícolas que se atienden el parto en su casa (18.2%) lo hacen no tanto por cuestiones culturales, sino debido a la poca accesibilidad que tienen a los servicios de salud.

Las condiciones de la vivienda, así como el nivel de escolaridad, están relacionados tanto con la zona de residencia como con las condiciones materiales de vida. Asimismo, constituyen un indicador muy sensible a la estratificación social intra-comunidad. Los resultados obtenidos para estas variables confirman nuevamente las tendencias encontradas: conforme las condiciones de la vivienda se deterioran o baja el nivel de escolaridad, disminuyen las probabilidades de tener atención prenatal, de ser atendidas por un médico durante el embarazo, de atender su parto médicamente y de dar a luz en una unidad de salud.

Las mujeres que nunca han asistido a la escuela tienen una probabilidad 7.7 mayor de no recibir atención prenatal, 24.9 veces mayor de consultar a la partera durante el embarazo y 13.3 veces mayor de que ésta última atienda su parto. En cuanto a la atención médica, las mujeres sin escolaridad van a consulta prenatal con 2.4 veces menor frecuencia y tienen una probabilidad 3 veces menor de recibir atención médica durante el parto, en comparación con aquéllas con siete o más años de escolaridad.

La fuerza del efecto de las condiciones de la vivienda y de la escolaridad en los indicadores de atención materna (diferenciales de utilización) es siempre mayor que la del efecto del tamaño de la comunidad y del sector económico. Posiblemente esto está indicando que, aún en localidades pequeñas y/o agrícolas, el poder de utilización de la población (que se deriva, por ejemplo, del hecho de tener mayores recursos económicos y/o una escolaridad más alta), se traduce en un mayor acceso a los servicios.

En resumen, la inequidad en el acceso a los servicios de atención materna proviene de una serie de factores de desigualdad social que tienen su origen tanto en la desigualdad socio-económica de la población, como en la desigualdad en el número, tipo, distribución, disponibilidad y accesibilidad de los servicios públicos (y en este caso específicamente los de salud). En las comunidades más pequeñas y/o predominantemente agrícolas se carece de los servicios públicos mínimos, lo cual afecta, por ejemplo, a las condiciones de la vivienda y a los niveles de escolaridad que, a su vez, son los indicadores que producen los mayores diferenciales en la demanda de servicios de atención materna. Adicionalmente, los factores socio-económicos estructurales también están directamente relacionados con otra forma de accesibilidad a los servicios de salud: la derechohabencia a servicios de seguridad social que en nuestro país se deriva del tipo de trabajo, y que privilegia a las poblaciones de las áreas más urbanizadas y no agrícolas. Esto, en parte, explica los diferenciales de utilización encontrados por área y sector económico.

ALIMENTACIÓN INFANTIL

I. Distribución y tendencias

Lactancia materna. De acuerdo con la ENFES, en México la proporción de niños que no reciben lactancia materna

CUADRO I
Atención prenatal y del parto por variables de estratificación socio-económica.
Distribución porcentual*

Variables/Categorías	Atención prenatal			Atención del parto				
	Personal			Personal			Unidad de atención	
	Médico	Partera	Nadie	Médico	Partera	Otro	Médica	No médica
Total	70.4	13.2	16.3	73.8	21.1	5.0	66.9	33.1
Tamaño de la comunidad de residencia (habitantes)								
<2 500	51.1	24.2	27.4	44.1	50.7	5.2	41.9	58.2
2 500-19 999	72.3	10.5	17.2	72.1	25.8	2.1	65.8	34.2
20 000 +	81.1	8.7	10.1	83.3	16.1	0.6	80.5	95.9
Area metropolitana	92.2	0.6	7.1	98.4	0.1	1.5	95.9	4.1
Rama de actividad								
Agrícola	46.9	26.2	26.9	39.2	49.4	11.3	37.9	62.1
Otro	82.9	6.3	10.8	85.7	11.7	2.7	81.8	18.2
Características de la vivienda								
Buenas	91.8	2.2	6.0	94.6	4.8	0.6	91.7	8.3
Regulares	76.8	9.4	13.8	80.0	17.9	2.1	76.7	23.3
Malas	45.7	26.3	28.0	38.9	48.4	12.7	63.0	37.0
Escolaridad materna (años)								
0	38.8	27.4	33.8	31.8	59.9	8.3	36.1	64.8
1-3	58.4	21.1	20.5	57.1	39.7	3.2	53.8	46.2
4-6	78.4	8.7	12.9	79.2	20.0	0.8	74.5	25.5
7+	94.5	1.1	4.4	95.3	4.5	0.2	93.0	7.0

Fuente: Schlaepfer L, Infante C. Análisis secundario de la ENFES 1987. (Documento no publicado)

* Porcentajes horizontales por categoría

es de 15.3 por ciento.* Los resultados se refieren a todos aquellos niños que nacieron a partir de 1982 y que se encontraban vivos al momento de la entrevista. Las cifras proporcionadas por la EMF y la ENPUA son de 19.7 y 22.4 por ciento, respectivamente. Es decir, la prevalencia de ali-

mentación al seno materno, después de haber disminuido de 1976 a 1979, en 1987 muestra una tendencia a aumentar nuevamente. Cabe notar, sin embargo, que los datos de la EMF y de la ENPUA se refieren no sólo a los sobrevivientes, sino a todos los nacidos vivos, lo cual significa que las tasas de prevalencia tienden a ser más bajas que para el caso de la ENFES, en donde los que murieron no se tomaron en cuenta. Por otro lado, el hecho de incluir a los niños que lactaron durante menos de un mes en las dos primeras encuestas, mas no en la ENFES, pudiera también afectar ligeramente la comparación de las tasas.

* En este estudio se consideró que los niños recibieron lactancia materna cuando ésta fue proporcionada por lo menos durante un mes.

En cuanto a la duración de la lactancia, la información retrospectiva referida por las madres muestra una marcada concentración de las respuestas en los valores de 6, 12, 18 y 24 meses, probablemente debida a una preferencia de dígitos. Es por ello que, en su lugar, se prefirió considerar, de entre los niños que nacieron 1, 2, . . . n meses previos a la encuesta, la proporción de aquéllos que continuaban recibiendo el pecho al momento de la entrevista, técnica que fue propuesta por Page.¹² Para el análisis comparativo de las tres encuestas, se consideraron a los nacidos vivos en el lapso de los dos años anteriores al levantamiento, que fueron o no amamantados.

El cuadro II muestra las proporciones de niños que recibieron alimentación al seno materno a diferentes edades, según la ENFES, la EMF y la ENPUA,⁴ lo que permite conocer las tendencias de esta práctica desde 1974-1976 a 1977-1979 y a 1984-1986. Dado que los valores de estas proporciones, $P(d)$, pueden fluctuar considerablemente entre mes y mes, debido al reducido número de niños expuestos en cada edad (d), los datos se suavizaron mediante la técnica propuesta por Page, que consiste en

promediar los valores utilizando agrupaciones móviles de tres meses:

$$P(d) = \frac{B(d-1) + B(d) + B(d+1)}{N(d-1) + N(d) + N(d+1)}$$

En donde: d = edad en meses

B = número de niños que sigue recibiendo el pecho a la edad d

N = número de niños con edad d

Las tasas son muy similares en los tres periodos (encuestas) estudiados. Al mes de edad, alrededor del 75 por ciento de los niños son amamantados; a los seis meses, sólo cerca de la mitad de la población de niños; a los nueve meses, la tasa desciende aproximadamente al 46 por ciento. Posteriormente, los porcentajes son mayores en el caso de la ENFES, pero esto puede deberse a una posible inestabilidad de las series debido al reducido número de casos.

Ablactación. Se intentó comparar los datos de la ENFES respecto a la edad de ablactación con los de la ENPUA* con el fin de identificar variaciones en el tiempo, como se hizo para la alimentación al seno. Desafortunadamente, la comparación no se pudo llevar a cabo porque la operacionalización de la variable ablactación fue distinta en las dos encuestas: en la ENPUA, presumiblemente, se consideró como la introducción en la dieta del niño de cualquier alimento diferente a la leche materna; en la ENFES se refiere a la introducción del primer alimento sólido.

Según la información de la ENFES, únicamente el 61.4 por ciento de los niños ha recibido algún alimento sólido al cumplir los cuatro meses de edad. Como se mencionó, en México ésta es la edad en la que, en poblaciones pobres, la producción de leche materna comienza a volverse insuficiente para lograr, por sí sola, un crecimiento adecuado del niño. Un 20 por ciento adicional de niños es ablactado a los seis meses de edad, que es la edad recomendada en sociedades con mayores niveles de bienestar.

Esto significa que un 20 por ciento de los niños mexicanos no reciben alimento sólido alguno sino hasta las edades de siete a doce meses.

CUADRO II Proporción de niños que todavía reciben el pecho a diferentes edades*: ENF, ENPUA y ENFES			
Edad (meses)	EMF 1974-76	ENPUA 1977-79	ENFES 1984-86
1	72.7	76.8	74.1
2	68.0	70.5	72.2
3	61.5	66.8	66.8
4	57.3	55.3	64.1
5	51.4	52.1	55.1
6	50.4	52.4	55.2
9	44.6	46.0	46.9
12	37.5	35.6	41.2
15	27.1	29.0	29.5
18	20.0	22.0	22.0
21	13.9	9.5	15.4
24	5.9	6.2	17.6

Fuente: Cuadro modificado de referencia 5

* Series suavizadas

* En la EMF no se recolectó información sobreablactación

2. Determinantes de las prácticas de alimentación infantil

En esta sección se caracteriza el perfil de la población que sigue cada una de las siguientes prácticas de alimentación:

1. No lactó: proporción de niños que nunca fueron amamantados, de entre los niños nacidos después de enero de 1982 que estaban vivos al momento de la entrevista.
2. Lactancia corta: proporción de niños que recibieron pecho durante menos de seis meses (incluyendo los que nunca lactaron), de entre los niños nacidos después de enero de 1982 que tenían por lo menos cinco meses de edad al momento de la entrevista.
3. Lactancia mixta: proporción de niños que recibieron otra leche además de la materna antes de los tres meses de edad, de entre los niños nacidos después de enero de 1982 que tenían por lo menos tres meses de edad al momento de la entrevista.
4. Introducción tardía de alimentos sólidos: proporción de niños cuya edad de introducción de alimentos sólidos en la dieta fue de cinco o más meses, de entre los niños nacidos después de enero de 1982 que tenían por lo menos cinco meses de edad al momento de la entrevista.

Los resultados permiten llegar a las siguientes conclusiones:

Prácticas de alimentación por tipo de comunidad. Como se observa en el cuadro III, los niños que viven en comunidades pequeñas y en las esencialmente agrícolas, tienden a recibir lactancia materna con más frecuencia y mayor duración que los de comunidades más grandes y más urbanas. Así, por ejemplo, en las áreas metropolitanas, el 21 por ciento de los niños nunca es amamantado y el 62.5 por ciento lacta durante menos de seis meses, mientras que en las comunidades de menos de 2 500 habitantes, las cifras respectivas son 8.4 y 22.2 por ciento. La tendencia hacia una suplementación temprana de la dieta con otras leches además de la materna, aunada presumiblemente al uso del biberón, se incrementa a medida que las comunidades se vuelven de mayor tamaño y en los sectores agrícolas (20.2%, otro sector = 30.3%); sin embargo, en las áreas metropolitanas, el porcentaje de niños con lactancia mixta temprana disminuye con respecto al de las ciudades de menor tamaño (29.6%). La variable de alimentación que muestra la mayor variación según el tipo de comunidad es la edad de la introducción de sólidos: la prevalencia de ablactación tardía es cuatro veces mayor en

comunidades rurales dispersas que en áreas metropolitanas (52.2% vs 7.4%) y casi tres veces mayor en los sectores agrícolas en comparación con los que no lo son (56.4 vs 21.1%).

Prácticas de alimentación por nivel socio-económico del hogar. Conforme van mejorando las condiciones socio-económicas, reflejadas en las características de la vivienda, se observa una menor prevalencia de lactancia la cual tiende a continuar durante periodos prolongados y hay una mayor tendencia hacia no introducir otras leches además de la materna antes de los tres meses de edad. Por un lado, se observan diferenciales importantes en la edad de ablactación: a mayor pobreza y peores condiciones de la vivienda, mayor probabilidad de no complementar la dieta con sólidos, sino hasta después de los cuatro meses de edad. En resumen, las prácticas de alimentación infantil de los hogares en los estratos socio-económicos más bajos muestran dos tendencias contradictorias en términos de sus implicaciones para la salud de los niños. Por un lado, el inicio generalizado de la lactancia al seno materno, así como su duración prolongada y la introducción tardía de otras leches, fortalecen la capacidad inmunológica del niño para defenderse de las infecciones, reducen su nivel de exposición a patógenos y contribuyen a una mejor alimentación. Por el otro lado, la ablactación en estos grupos socio-económicamente vulnerables, tiende a darse tardíamente, lo cual puede tener implicaciones nutricionales adversas (cuadro III).

Prácticas de alimentación y factores culturales. Los determinantes de las prácticas de alimentación tienen un fuerte componente cultural: los hijos de madres más "tradicionales" tienden a lactar con mayor frecuencia y por más tiempo y a recibir alimentación sólida a edades más avanzadas que aquéllos de madres que han estado en contacto con ambientes más "modernos", como la ciudad, los servicios educativos y de salud. De los niños cuyas madres crecieron en un rancho, sólo el 11.2 por ciento no fue alimentado al seno materno, el 31.6 por ciento lactó por periodos de menos de seis meses y el 45.8 fue ablactado después de los cuatro meses de edad. Las cifras respectivas para los hijos de madres que provienen de ciudades son 18.3, 37.3 y 12.4 por ciento.

La edad a la primera relación sexual y al nacimiento del primer hijo tienen un alto contenido cultural y están inversamente relacionadas con las tasas de lactancia prolon-

ALIMENTACIÓN INFANTIL Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CUADRO III Características de las prácticas de alimentación infantil. Tasas (%)				
Variables/Categorías	Sin lactancia	Lactancia corta	Lactancia mixta	Introducción tardía de sólidos
Población total	15.3	41.3	27.0	34.0
Tamaño de la comunidad de residencia (habitantes)				
< 2 500	8.4	22.2	21.5	52.2
2 500-19 999	16.2	38.9	25.3	36.4
20 000 +	20.4	53.1	34.9	24.2
Area metropolitana	21.0	62.5	29.6	7.4
Rama de actividad				
Agricultura	8.0	20.9	20.2	56.4
Otra	18.9	51.5	30.3	21.1
Características de la vivienda				
Malas	9.1	22.0	20.0	57.0
Regulares	18.3	42.3	32.5	26.9
Buenas	19.4	59.2	30.4	14.0
Comunidad de origen				
Rancho	11.2	31.6	27.6	45.8
Pueblo	16.9	36.3	22.3	40.4
Ciudad	18.3	37.3	31.0	12.4
Escolaridad materna (años)				
0	8.4	16.1	19.8	60.8
1-3	14.3	33.6	23.5	49.9
4-6	16.3	44.1	31.8	24.8
7 +	19.5	61.9	28.6	10.4
Trabajó la madre alguna vez				
Sí	16.2	45.0	28.3	28.8
Nunca	13.8	35.7	25.1	41.6
Edad a la primera relación sexual (años)				
≤ 14	17.0	31.3	28.8	46.5
15-19	14.5	41.9	26.3	35.5
20 +	17.2	45.5	29.1	23.7
Edad al nacimiento del primer hijo (años)				
≤ 16	15.3	33.7	22.4	45.7
17-19	13.8	40.5	28.1	36.0
20 +	16.4	45.3	28.2	26.9

Fuente: Schlaepfer L, Infante C. Análisis secundario de la ENFES. (Documento no publicado)

gada y de ablactación tardía; pero la relación no es clara con la iniciación de la lactancia.

La educación materna es un predictor importante de las prácticas de alimentación infantil. Los hijos de madres con siete o más años de escolaridad tienen una probabilidad 2.3 veces mayor de nunca haber sido amamantados (19.5%) que aquéllos de madres que nunca fueron a la escuela (8.4%). En el mismo cuadro III se muestran las cifras correspondientes para lactancia corta, lactancia mixta, ablactación tardía. No se conoce con precisión la forma como la escolaridad materna ejerce su efecto, aunque se han propuesto numerosas hipótesis. Entre ellas, la que se refiere al hecho de que las madres más educadas tienen más conocimiento y hacen mayor uso de los servicios de salud.

Finalmente, el hecho que la madre haya tenido alguna vez un trabajo remunerado está asociado con una mayor prevalencia y duración de la lactancia y una menor prevalencia de ablactación tardía.

Aunque no es el propósito de este estudio abundar sobre los determinantes socio-económicos y/o culturales de la lactancia, es preciso mencionar que el efecto de un mismo factor socio-económico puede ser distinto, dependiendo del área de residencia de la población. Así, por ejemplo, se encontró en otro estudio, basado también en los datos de la ENFES,⁷ que mientras en la población rural el efecto de la escolaridad sobre la iniciación y la duración de la lactancia es el esperado, en los grupos urbanos sólo las madres que no fueron a la escuela muestran una tasa más elevada de iniciación de la lactancia, aunque para la duración de la misma sí hay diferencias entre las subcategorías de escolaridad. En contraste, en las áreas metropolitanas la frecuencia de amamantamiento es notablemente menor en las mujeres de menor escolaridad y las diferencias en duración prácticamente desaparecen.

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL Y DE ATENCIÓN MATERNA

En estudios previos se ha demostrado que el contacto con los servicios de salud está asociado con una menor prevalencia y duración de la lactancia. Esto ha sido explicado tentativamente por "la actitud ambivalente que sobre la lactancia parece existir en las instituciones de salud en México", mismas que, por un lado, estimulan la lactancia a través de programas educativos y, por el otro, conceden dotaciones gratuitas de leche en polvo a las madres.^{13,14} Otra posible explicación es que la relación encontrada

sea espúrea y se deba a la asociación tanto de las prácticas de utilización de servicios como de las de alimentación infantil, con terceras variables, como pudieran ser los factores socio-económicos.

Con el objeto de verificar esta última hipótesis, en este rubro se examina la relación entre la alimentación infantil y el contacto con los servicios de salud, inicialmente en forma bivariada y, posteriormente, controlado por los factores socio-económicos. En este análisis se toman en cuenta a todos los niños menores de dos años que sobrevivían al momento de la entrevista.

En el cuadro IV se presenta la asociación entre la iniciación de lactancia, la lactancia prolongada y la ablactación temprana, con la atención prenatal y del parto (médica y no médica), y con el uso de métodos anticonceptivos modernos. Aunque con diferentes magnitudes, el contacto con los servicios de salud está asociado con una menor frecuencia y duración de la lactancia y una mayor tendencia hacia la ablactación oportuna. Al comparar las tres variables de alimentación, la fuerza de la asociación (D de Somer) con la utilización de los servicios es menor para la iniciación de la lactancia materna, aumenta para la duración de la misma y es mayor para la edad de ablactación. Cabe notar que para el caso de la iniciación, aunque todas las asociaciones son significativas, su casi nula fuerza de asociación es debida a que la práctica de la lactancia materna es muy generalizada en México y varía poco entre los diversos grupos poblacionales. Con respecto a las variaciones entre las fuerzas de asociación por el tipo de contacto con los servicios de salud, la relación es siempre mayor con la demanda de atención médica de parto.

El análisis de la fuerza de las asociaciones de los factores socio-económicos con las prácticas de alimentación y de atención a la salud (cuadro V), confirman lo anterior: al mejorar el nivel socio-económico disminuyen la prevalencia y la duración de la lactancia y aumenta la ablactación temprana, así como el uso de servicios de atención materna y de planificación familiar. Cabe notar que el efecto de los indicadores socio-económicos es mayor para las variables de utilización que para las de alimentación ($D = .27$ a $.40$ vs $.06$ a $.28$, respectivamente). Como ya se mencionó, mientras que la utilización es más bien el producto del grado de disponibilidad/accesibilidad de los servicios resultante de la estratificación socio-económica, las prácticas de alimentación están más cercanamente asociadas con factores culturales. Estos últimos, si bien están determinados por los

CUADRO IV
Utilización de servicios de salud y prácticas de alimentación infantil

Utilización de servicios de salud	Lactancia				Ablactación oportuna	
	Iniciación		Prolongada			
	%	D	%	D	%	D
Total	83		55		70	
Atención prenatal						
Médica	82	-.05	49	-.24	81	.42
No médica	86		73		39	
Atención de parto						
Médica	80	-.09	46	-.33	84	.45
No médica	90		79		39	
Uso previo de anticonceptivos						
Sí	80	-.09	45	-.27	82	.33
No	88		73		49	

Fuente: Schlaepfer L, Infante C. Análisis secundario de la ENFES 1987. (Documento no publicado)

Nota: para todas las relaciones $p > .0001$, con excepción de la relación atención prenatal prevalencia de lactancia, para la cual $\chi^2 = 4.16$ ($p < .05$).

D = D de Sommer

factores socio-económicos estructurales, tienen una relación más inmediata con las formas y estilos de vida que con los servicios de salud.

Para el examen de lo que sucede cuando se estratifica por nivel socio-económico (cuadro VI), se presenta como ejemplo la atención del parto, ya que es la variable que tiene la relación más fuerte con las prácticas de alimentación infantil. Como indicador de estrato socio-económico se utiliza la escolaridad materna, aunque los resultados son similares para los otros indicadores sociales.

Los tres diagramas de la izquierda del cuadro resumen los resultados anteriores, en cuanto a la fuerza de asociación entre el nivel socio-económico, la atención del parto y, respectivamente, las tasas de iniciación de la lactancia, de lactancia prolongada y de ablactación. Las cifras a la derecha de la gráfica representan las fuerzas de la relación entre atención del parto y alimentación infantil, para los diferentes estratos socio-económicos. Muestran, por un lado, que la débil relación original entre atención

del parto e iniciación de la lactancia se vuelve más pequeña e inclusive pierde significancia al ser analizada dentro de los estratos socio-económicos. Por otro lado, las relaciones entre atención del parto y las tasas de lactancia prolongada y de ablactación oportuna se debilitan al controlar por estrato socio-económico. Esto comprueba que los factores socio-económicos explican, en parte, las relaciones originales encontradas entre el contacto con los servicios y la alimentación infantil.

DISCUSIÓN

Los hallazgos muestran que existe una alta asociación entre la utilización de servicios de atención a la salud reproductiva y los factores sociales que producen una estratificación socio-económica en la población. Más aún, los resultados de la caracterización social de la demanda de atención permiten suponer que ésta es producto de la interrelación entre los determinantes socio-

CUADRO V
Asociación entre las prácticas de alimentación infantil y la utilización de servicios de atención a la salud reproductiva, según el nivel socio-económico

Características de estratificación socio-económica	Lactancia		Ablactación oportuna	Atención médica		Uso de anticonceptivos
	Iniciación	Prolongada		Prenatal	Del parto	
Tamaño de localidad	-.06	-.23	.25	.27	.34	.29
Condiciones de la vivienda	-.07	-.24	.28	.33	.40	.37
Nivel de escolaridad	-.06	-.24	.26	.28	.34	.29

Fuente: Schlaepfer L, Infante C. Análisis secundario de la ENFES 87. (Documento no publicado)

Nota: Para todas las asociaciones $p < .0001$

D= D de Sommer

económicos “estructurales” y la desigual disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud que existen en nuestro país. Una vez que se superan los problemas de accesibilidad, la aceptabilidad de los servicios y la adherencia a las prescripciones cobran mayor importancia en la determinación de los patrones de utilización. El aspecto cultural afecta de manera importante a estos dos últimos procesos.¹⁵

Por su parte, los patrones de alimentación infantil también están relacionados con factores socio-económicos. Sin embargo, la fuerza de su asociación con las variables sociales a nivel “macro” es menor que la encontrada para la demanda de atención. El problema no se origina, por supuesto, en la falta de “disponibilidad” de leche materna,* pero sí de que la madre esté “disponible”, “accesible a su hijo” y “acepte” amamantarlo por un periodo adecuado, factores que se pierden en sociedades culturas modernas y más complejas.

Finalmente, al controlar por el efecto del nivel socio-económico, se comprueba que la relación entre la alimentación infantil y el contacto con los servicios de salud se

debilita y, *ergo*, que son los factores socio-económicos los que, en parte, la explican. Pareciera ser que el grado de utilización de los servicios de salud actúa tan sólo como un indicador de estilos de vida y que su efecto sobre los patrones de alimentación infantil corre paralelo al de otros muchos factores, indicadores del acceso a otros tipo de servicios (en este caso la educación) y del contacto con sistemas de vida menos tradicionales.

La esquematización de los resultados obtenidos en este estudio sobre la relación entre el contacto con los servicios de salud reproductiva y la alimentación infantil en México, se presentan en la figura 1. El contacto con los servicios de salud tiene un efecto negativo con respecto a los patrones de lactancia y uno positivo en cuanto a los de ablactación. Tendencias similares se observan a medida que el nivel socio-económico va mejorando (la demanda de servicios de salud aumenta conforme el nivel socio-económico mejora).

¿Cómo podría interpretarse esto en términos de la salud y sobrevivencia de la niñez mexicana? En los estratos altos, la menor frecuencia y duración de lactancia materna es un problema menor, ya que disponen de los recursos necesarios para que los niños reciban una alimentación alternativa adecuada en términos nutritivos y de higiene, y estén menos expuestos a enfermedades infecciosas. En los estratos bajos el problema no es, por el momento, tener patrones de lactancia deficientes, sino

* Solamente entre el 1 y el 5% de las mujeres no pueden dar el pecho por razones fisiológicas.¹⁶

CUADRO VI
Estratificación de la relación entre atención del parto y alimentación infantil, según nivel socio-económico (escolaridad)

	Bajo	Nivel socio-económico Medio	Alto
Sí lactó			
<pre> graph LR NSE -- .35 --> atencion[atención] atencion -- -.09 --> lacto[lactó] NSE -- -.06 --> lacto </pre>	-08	-.06*	-.07*
Lactancia prolongada			
<pre> graph LR NSE -- .35 --> atencion[atención] atencion -- -.33 --> lacto[Lactó por 6 meses o más] NSE -- -.23 --> lacto </pre>	-.22	-.23	-.28
Ablactación:			
<pre> graph LR NSE -- .35 --> atencion[atención] atencion -- .45 --> abla[Ablactó antes de 5 meses] NSE -- .28 --> abla </pre>	.34	.39	.32

Fuente: Schlaepfer L. Infante C. Análisis secundario de la ENFES 87. (Documento no publicado)

* no significativas

más bien el hecho de no introducir sólidos en la dieta del niño en el momento en que la alimentación al seno se vuelve insuficiente para sus requerimientos.

¿Cómo podría interpretarse esto en términos del papel de los servicios en la alimentación infantil? Difícilmente se puede dejar de apoyar los esfuerzos tendientes a ampliar la cobertura de los servicios modernos de atención a la salud reproductiva. Sin embargo, está en manos de los servicios reforzar, en sus acciones y contenidos, los factores positivos de las formas de vida tradicionales, en particular aquéllas relacionadas con la alimentación al seno materno, y enfatizar la importancia de una introducción oportuna de alimentos sólidos en la dieta de los infantes en los grupos poblacionales más desfavorecidos. Para ello, cabe recordar que estas acciones conciernen no sólo a los servicios de salud, sino también a las ins-

tancias de formación del personal del área de la salud (técnicos y profesionales), en cuyos contenidos curriculares debería reflejarse este enfoque. Por otro lado, es necesario que en las estrategias de prestación de servicios de salud a la mujer se integren los programas de atención materna, planificación familiar y atención al recién nacido, con el objeto de informar, sensibilizar y/o reforzar a la mujer sobre las prácticas adecuadas de alimentación infantil (Schlaepfer LV, Infante C. The integration of family planning and prenatal care, as a strategy for child survival in Mexico, enviado a publicación, 1992).

Los resultados anteriores podrían dar lugar a interpretaciones delicadas, como la de que la ampliación de los servicios de salud podría afectar negativamente los patrones de lactancia de los estratos más pobres. Tal interpretación, por sí misma, obliga a reconsiderar el análisis,

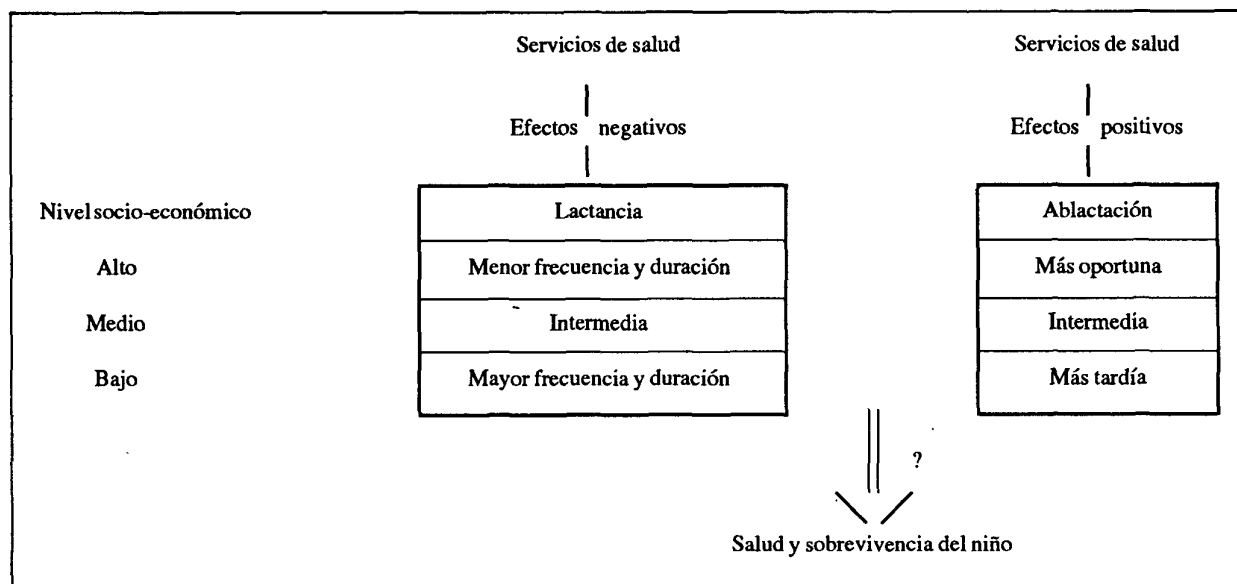


FIGURA 1. Efectos salud en la alimentación infantil, según nivel socio-económico. Resumen

principalmente los indicadores que se han tomado en cuenta. Esto resulta especialmente evidente si se compara esta interpretación con los resultados de otro estudio, de Mier y Terán (Práctica de la lactancia en el área rural de México: 1969-1981, documento mimeografiado, 1990), en el que se demuestra que, en el área rural, no se modificó la práctica de la lactancia de 1969 a 1981, a pesar de que se detectaron cambios en las variables socio-demográficas y un contacto creciente con los servicios de salud.

En consecuencia, las encuestas tienen una gran utilidad para la detección de problemas a nivel macro, pero no bastan para encontrar explicaciones integrales de los fenómenos. Así, las encuestas como la ENFES, por su misma naturaleza, no proporcionan información sobre todos los posibles condicionantes de este proceso, aun

los análisis multivariados que tratan de demostrar el efecto independiente de una serie de factores en la relación alimentación-servicios. Los factores que condicionan los patrones de alimentación infantil son múltiples e interactuantes y esto es difícil de probar con datos transversales. Habría que conceptualizar a la alimentación infantil como un proceso y, en forma integral, incluir variables más refinadas como la de lactancia exclusiva y tener en cuenta que los factores relacionados con los servicios de salud que pueden afectarla son también multifacéticos. En conclusión, es necesario realizar investigación adicional con otros enfoques más profundos y prospectivos, tanto sobre las prácticas de la población como sobre las de los servicios, para definir mejor las variables involucradas.

REFERENCIAS

1. Popkin BM, Lasky T, Litvin J, Spicer D, Yamamoto ME. The infant feeding triad: Infant, mother and the household. New York: Gordon and Breach Science Publishers, 1986.
2. Chávez A, Martínez C. Nutrición y desarrollo infantil. México, D.F.: Nueva Editorial Panamericana, 1979.
3. Solimano G. Factor influencing breast-feeding practices. En: Proceedings of the International Conference on Actions Needed to Improve Maternal and Infant Nutrition in Developing Countries; 1982, Feb 8-12; Manila, Philippines: International Nutrition Planners Forum/National Nutrition Council, Philippines, 1983.
4. Secretaría de Salud. Patrones de atención de salud materno infantil en México. Lactancia materna: tendencias recientes en la experiencia mexicana. México, D.F.: SSA, Dirección General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, 1981.
5. Gómez-Dantés H, Garnica ME, Sepúlveda J, Valdespino-Gómez JL, Lam N, Herrera MC. Patrones de lactancia y ablactación en México Encuesta Nacional de Salud 1986. Salud Publica Mex 1989;31:725-734.
6. Secretaría de Salud/DHS. México, Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987. México, D.F.: SSA, Dirección General de Planificación Familiar y Columbia, Ma: Institute for Resources Development/Macro Systems Inc., 1989.
7. Mier y Terán M. Patrones de alimentación temprana y salud de los niños en México. Trabajo presentado en la Conferencia Mundial sobre las Encuestas Demográficas y de Salud 1991, agosto 5-7, Washington, D.C., 1991.
8. Lazarsfeld PF, Rosenberg M. Multivariate analysis. En: The language of social research. Glencoe, Ill: Free Press, 1955.
9. Everit BS. The analysis of contingency tables. London: Chapman and Hall, 1977.
10. Mellado V, Zolla C, Castañeda X. La atención al embarazo y al parto en el medio rural mexicano. México, D.F.: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1989:107-119.
11. Modena ME. Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica. México, D.F.: Ediciones de la Casa Chata, 1990:125-137.
12. Page H, Lesthaeghe R, Shah I. Breastfeeding in Pakistan. Voorburg, Netherlands: International Statistics Institute, 1982; World Fertility Surveys Report N°37.
13. Arana Cedeño M. Fórmulas infantiles para la alimentación infantil. En: Las multinacionales de la alimentación contra los bebés. México, D.F.: Nueva Imagen, 1982.
14. Winikoff B, Semeraro P, Zimmerman M, Tolbert K, Rábago A, Younger E *et al.* Anticoncepción durante la lactancia. Un recurso para el personal clínico. México, D.F.: The Population Council/IMSS, 1990.
15. Penchansky R, Thomas W. The concept of access. Medical Care 1981;2:127-140.
16. Akre J, ed. Infant feeding: The physiological basis. Bull WHO 1989;67(suppl).