

MORTALIDAD INFANTIL RURAL

El presente es un extracto del interesante estudio realizado por los autores en quince comunidades rurales chilenas durante 1969-70. Se han investigado diversas correlaciones entre las características de la alimentación y la mortalidad infantil, como asimismo la influencia de factores socio-económicos y culturales sobre las tasas de muerte. Párrafos muy importantes se dedican al destete precoz y su eventual responsabilidad en la alta mortalidad infantil de Chile.

Alimentación infantil y mortalidad en Chile rural

Dr. S. J. PLANK *
Dr. M. L. MILANESI **

Durante los años 1969 y 1970, fueron entrevistadas 1.712 madres chilenas del sector rural para ver en qué forma sus prácticas usadas en la alimentación podrían haber influido en la mortalidad infantil. Las muertes entre los niños alimentados con maderas antes de cumplir los tres meses alcanzaron al triple de las correspondientes a los niños alimentados exclusivamente al pecho. Como casi la mitad de los niños la habían comenzado para entonces, la alimentación con maderas constituía un factor principal de mortalidad. Los alimentos adicionales proporcionaban, al parecer, alguna protección a estos niños, lo que no ocurría con la lactancia continuada. A medida que los niveles de vida mejoraban, se aceleraba el destete y una mayor proporción de niños recibía sus maderas sin otros alimentos. La consecuencia anómala era que la mortalidad infantil subía con el ingreso. Estos datos apoyan la opinión de que el destete precoz es concomitante del desarrollo económico, y sugieren, además, que el riesgo asociado a la alimentación con maderas puede ser reducido agregando otros alimentos a la comida.

La epidemiología del destete precoz requiere atención urgente para contribuir a evitar que la mortalidad infantil y las tasas de natalidad se eleven en las naciones en desarrollo donde se puede suponer que la alimentación con maderas acompaña al progreso económico. Si bien las poblaciones rurales no están por lo general todavía afectadas (Becroft y Bailey; Cantrelle y Leridon; Gordon et al; Harfouche; Martin et al; Taba; Thomson et al; Urrutia et al; Wyon y Gordon), las madres de pequeñas poblaciones como también las del sector urbano

quitan el pecho a sus hijos precozmente en Chile (Ariztía; Monckeberg et al, 1967 a; Valiente et al). Se ha sugerido (Ariztía; Behar, Monckeberg) que esta práctica podría ser responsable de la alta mortalidad infantil de Chile en relación con sus niveles económicos y educacionales y sus comprensivos y extensos servicios de salud (Behm et al).

Como parte de un estudio sobre salud y fertilidad en Chile rural (Plank y Milanesi), las prácticas de alimentación infantil fueron por esta razón investigadas para: 1) medir el efecto del destete precoz sobre la mortalidad, 2) identificar las características que distinguen a las madres que realizan el destete precoz, 3) poner en claro los roles de la supresión de la leche materna y de los factores del uso de la maderas, y 4) medir el efecto sobre la supervivencia, del suministro de alimentos adicionales a los niños alimentados a maderas.

METODOLOGÍA.

En 1969-70 se efectuaron en 15 comunidades rurales chilenas entrevistas domiciliarias a casi todas (96%) las mujeres residentes entre 15 y 44 años de edad, a fin de obtener sus historias de reproducción y datos sobre vivienda y factores ambientales y socio-económicos que pudieron influir en la salud y la fecundidad.

* Instructor sobre Estudios de Población, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, 02115.

** Asociado en Investigación en Estudios de Población, Harvard School of Public Health, and Asistente Doutor, Faculdade de Saude Publica, Universidade de Sao Paulo.

Las 1.712 madres que tuvieron partos en los 5 años precedentes fueron interrogadas sobre su atención obstétrica, lactancia y métodos de alimentación infantil, y la atención médica del niño. Cada una de ellas fue consultada sobre la duración de la alimentación al pecho y la razón de su interrupción; cuánto demoró en usar otra leche y el origen de ésta, y la edad que tenía el niño cuando se introdujeron en su alimentación otros elementos distintos de la leche.

Si una entrevistada había tenido 2 o más partos en el período, sólo el último fue objeto de la encuesta. Por consiguiente, la muestra no era representativa de toda la población menor de 5 años con su mayor proporción de hijos de parentescos consanguíneos con intervalos cortos entre los nacimientos. Las muertes de recién nacidos y los niños vivos menores de 4 semanas de edad fueron excluidos de los análisis. El nivel de significación estadística fue pre-fijado en 0,01.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Destete.

Casi el 90 por ciento de estas mujeres estimaba que la alimentación al pecho era ahora mucho menos frecuente en sus localidades de lo que había sido 15 ó 20 años antes. Esta opinión no podía ser validada y sólo puede reflejar la suposición generalizada de que el destete precoz debe ser un fenómeno reciente (demostrado por Knodel y Van de Walle como erróneo para algunas áreas europeas). Por otra parte, bien podría corresponder al cambio "sensacional" hacia el destete precoz comprobado por Sanjur y otros en una aldea mexicana. La supuesta disminución de la lactancia materna en la presente área de estudio fue atribuida por la mayoría de las interrogadas a la comodidad del biberón, pero ninguna de ellas mencionó esto como determinante en su propio caso.

Se atribuyó una cantidad de ventajas a la alimentación al pecho y solamente el 2 por ciento no la apoyó, alegando que la leche humana era "demasiado débil" o que transmitía infecciones al niño. Más de los dos tercios estimaron que la lactancia materna debería continuar por lo menos durante un año, con menos del cuatro por ciento que recomendaba que aquélla fuera interrumpida antes de los 6 meses. En la práctica, sin embargo, sólo el 40 por ciento de los niños que habían vivido un año estaban recibiendo algo de leche materna en ese momento y casi la mitad habían

sido completamente destetados alrededor de los 6 meses.

Entre las madres que quitaban el pecho a sus niños antes de los 6 meses, más de la mitad se quejó que su propia producción de leche era insuficiente. Pero las fuertes correlaciones socio-económicas del destete precoz estudiadas más adelante sugieren que la "insuficiencia" era un criterio muy relativo. Para el 11 por ciento de los niños destetados entre los 6 meses y un año, la lactancia fue suspendida a causa de un nuevo embarazo. Sólo una de estas 18 mujeres, sin embargo, había alimentado exclusivamente al pecho a su hijo durante los dos meses precedentes, en comparación con 49 de 158 entre las que interrumpieron la lactancia por otras razones en el mismo período. Parece que una creciente probabilidad de concepción debería ser tomada en cuenta entre los riesgos de comenzar con los suplementos (Jain et al; Pérez et al; Tietze, Udesky).

La ocupación de la madre, citada a menudo como una importante razón para el destete (Ariztía; Aykroyd; Bower, Vahlquist), era de muy poca importancia en estas comunidades. Del 17 por ciento de las mujeres empleadas en condiciones ventajosas, menos de la mitad trabajaba fuera del hogar y sólo 16 mujeres se quejaron de que sus ocupaciones les impedían la lactancia. Las diferencias en los modos de alimentar al pecho derivadas del estado civil eran bastante pequeñas, y contrariamente a algunas otras regiones (Knutsson y Malbin, Courgill y Hutchinson), los niños no eran amamantados durante más tiempo que las niñas.

Con el aumento de la edad y de la paridad, la lactancia materna continuaba significativamente más prolongada (Tabla 1). Cada variable hacía su propia contribución, pero se demostró que el efecto de la paridad era dominante (Mantel). Sobre una base fisiológica, sería dable suponer que el destete temprano facilitara una más alta paridad al reducir los intervalos entre los nacimientos, como Kamal y otros observaron entre las mujeres egipcias. El modelo chileno sugiere, por lo tanto, que los factores sociales, más que los biológicos, predominaban con la elevada paridad, encontrándose el grupo de lactancia prolongada formado por las mujeres más pobres, las menos instruidas, que contraían matrimonio en edad más temprana, usaban menos la anticoncepción efectiva, y contaban más con la alimentación al pecho por motivos tanto económicos como de planificación de su familia. Es posible, sin embargo, que la edad generalmente muy joven en el primer embarazo de las chilenas de más alta paridad contribuyera a que ellas establecieran y mantuvieran una producción de leche más adecuada (Dean, 1951; Hytten; Miller).

TABLA 1

PROPORCIÓN DE NIÑOS SOBREVIVIENTES A LOS 6 MESES QUE FUERON DESTETADOS ANTES DE ESA EDAD, POR EDAD MATERNA Y PARIDAD, CHILE RURAL, 1969-70 *

Edad materna	Paridad	Porcentaje destetados antes de los 6 meses	Cantidad total (100%)
—25	1—2	57,5	240
	3—4	46,5	129
	5—7	46,4	28
	8+	50,0	2
	Total	53,1	399
25—34	1—2	56,5	108
	3—4	45,6	138
	5—7	42,8	189
	8+	48,2	112
	Total	47,3	547
35+	1—2	39,4	33
	3—4	55,9	34
	5—7	36,6	82
	8+	38,5	188
	Total	39,9	337
TOTAL	1—2	55,6	381
	3—4	47,2	301
	5—7	41,5	299
	8+	42,2	302

* Se excluyen cuatro madres con información incompleta.

La alimentación al pecho decrecía significativamente a medida que la educación materna y las entradas paternas aumentaban (Tabla 2). De nuevo estas dos variables eran interdependientes, pero la correlación con la educación continuaba altamente importante cuando los datos eran comparados con el ingreso, mientras que los salarios dejaban de estar significativamente asociados a la lactancia cuando se controlaban los años de escolaridad (Mantel). La educación tenía también una correlación más alta con la duración de la lactancia materna que con la paridad, corroborando la inferencia de determinantes principalmente psico-sociales en esta población.

Fuente de otra leche.

Entre los niños en proceso de destete o ya destetados, el 66 por ciento recibía en forma

regular leche en polvo parcialmente descremada a través del programa de distribución del Servicio Nacional de Salud. Otro 6 por ciento estaba en condiciones de recibirla, pero según sus madres los niños la rechazaban o "no les sentaba bien". La cifra total, no obstante, estaba por debajo del objetivo del Servicio, de 85% de los niños recién destetados y pre-escolares.

Aunque algunos criticaban el programa por no hacer más (la meta fue elevada posteriormente al 100% de los menores), Jellife and Jellife han argumentado que tal distribución incita al destete precoz. No se realizó ninguna prueba directa de su hipótesis, pero los niños bajo control en sus postas locales de salud y, por lo tanto, fáciles de computar, comenzaron en realidad con el biberón más tarde que los otros: 22% antes de las 4 semanas, versus 33%, y 11% de más de un año versus 6%. Sus madres, sin embargo, eran en su mayor parte de más edad, más pobres y con menor instrucción que las otras, y posiblemente habrían amaman-

TABLA 2

PROPORCIÓN DE NIÑOS SOBREVIVIENTES A LOS 6 MESES QUE FUERON DESTETADOS ANTES DE ESA EDAD, POR EDUCACION MATERNA E INGRESO PATERNO, CHILE RURAL, 1969-70 *

Educación materna (años)	Ingreso paterno (Escudos**)	Porcentaje de destetados antes de los 6 meses	Cantidad total (100%)
—3	—300	35,5	197
	300—549	40,7	108
	500+	44,4	9
	Total	37,6	314
3—5	—300	45,8	166
	300—549	46,4	138
	500+	33,3	24
	Total	45,1	328
6+	—300	54,9	91
	300—549	59,0	83
	500+	70,4	115
	Total	62,3	289
Total	—300	43,2	454
	300—549	47,7	329
	500+	62,8	148

* Hijos de mujeres casadas que proporcionaron datos de ingreso.

** Diez Escudos equivalían más o menos a un dólar.

tado aún por más tiempo si la leche de alterna-
tiva no hubiera estado tan fácilmente a su
disposición.

Destete y Mortalidad.

Las muertes post-neonatales fueron significa-
tivamente más frecuentes, con un riesgo relati-
vo de 3 a 1, entre los niños que iniciaron el
uso de la mamadera antes de completar su ter-
cer mes que entre los alimentados exclusiva-
mente al pecho durante ese tiempo (Tabla 3).
La evaluación de los roles de las deficiencias
cualitativas y cuantitativas se encontraba más
allá del alcance de la investigación. Se sabe que
actúan en modo recíproco (Newman; Scrimsh-
haw et al), y Monckeberg comprobó contami-
nación bacteriana en el 80% de las mamaderas
que se dan a los niños durante el verano en
Chile rural y también encontró que allí la sub-
nutrición era común (Monckeberg et al, 1967
b). Alguna parte, indeterminable, de la más

alta mortalidad asociada a las mamaderas era
el expediente de incluir los niños de bajo peso
y de alto riesgo a quienes el médico había pre-
crito la leche suplementaria. Sin embargo, las
interconexiones socio-económicas de la alimen-
tación con mamadera y su relativa mortalidad
(estudiada más adelante) indican que este fac-
tor era prácticamente sin importancia.

Juzgando por sus tasas de mortalidad, los
niños que recibían mamadera únicamente para
suplementar la lactancia materna no se halla-
ban mejor que los que no recibieron en abso-
luto leche materna más allá de la cuarta sema-
na. Los factores potencialmente protectores en
la leche humana (Mata et al, 1967, 1971) pa-
recían no tener acción sobre la mortalidad post-
neonatal. Autores anteriores (Grulee et al; Ho-
warth; Newman; Robinson) al informar sobre
mejores tasas de supervivencia con la alimenta-
ción "mixta", de pecho y mamadera, definie-
ron sus cohortes retrospectivamente y de este
modo incluyeron muchos niños que habían sido

TABLA 3

MORTALIDAD EN EL PRIMER AÑO ENTRE NIÑOS SOBREVIVIENTES
A LAS 4 SEMANAS, 3 MESES Y 6 MESES POR TIPO DE LECHE SUMI-
NISTRADA, CHILE RURAL, 1967-70

<i>Sobrevivientes a la edad de</i>	<i>Tipo de leche</i>	<i>Número de niños al comienzo de la edad</i>	<i>Muertes entre la edad y 52 semanas Nº Tasa por 1.000</i>	
1 mes	Pecho solamente	1.231	36	29,2
	Pecho + mamadera	125	7	56,0
	Mamadera solamente	215	13	60,5
3 meses	Pecho solamente	798	11	13,8
	Pecho + mamadera	240	9	37,5
	Mamadera solamente	413	16	38,7
6 meses	Pecho solamente	398	4	10,0
	Pecho + mamadera	285	4	14,0
	Mamadera solamente	604	12	19,9

amamantados exclusivamente durante meses antes de iniciar las mamaderas. Aquí, donde el grupo fue identificado en perspectiva, los alimentados en forma "mixta" no tuvieron ninguna ventaja de supervivencia.

Las muertes de los alimentados con dietas "mixtas" en el presente estudio pueden haber ocurrido solamente después que la lactancia materna se suspendió, sin embargo; así es que todas las historias clínicas fueron analizadas semana a semana hasta el noveno mes para determinar el tiempo total y las muertes en cada régimen. Hubo 86,5 muertes por 1.000 años-persona de exposición al pecho más mamadera, y 85,4 a la mamadera sola. Entre las 4 y 12 semanas de edad, cuando la leche materna podría ser más rigurosa y antes que otros elementos intervinieran, las tasas respectivas fueron 167,1 y 169,3. Nuevamente, no hubo evidencia de alguna protección funcional por la lactancia materna continuada una vez que comenzó la alimentación con mamadera.

Alimentos no lácteos.

La edad modal para introducir cualquier alimento distinto de la leche (y los aditivos feculosos usados ocasionalmente para estirar la leche en polvo) era de 6 meses. Menos del 40 por ciento comenzó más temprano. El momento de iniciar los alimentos adicionales estaba relacionado con la edad en que comenzó el destete. Sólo el 24 por ciento de los alimentos exclusivamente al pecho no recibió otra cosa que leche durante la primera mitad del año en comparación al 45% de los alimentos a mamadera.

Newman observó desnutrición y mortalidad excesiva entre los niños ingleses que estaban exclusivamente alimentados al pecho durante 9 meses o más, y Wyon y Gordon encontraron que, a pesar de una incidencia más baja de diarrea, el peligro de muerte era significativamente mayor si los niños del Punjab permanecían con una dieta exclusiva de leche más allá de los seis meses. La leche materna, evidentemente, no puede satisfacer las necesidades del niño a esa edad (Dean, 1959). El descubrimiento anómalo (Cantrelle y Leridon) de una mayor edad promedio de destete para los niños del Senegal que murieron, que la de los sobrevivientes, sugiere que allá, como en Chile, la alimentación prolongada al pecho puede haber estado asociada a un importante retraso en comenzar con otros alimentos.

A causa del destete precoz en Chile, la asociación entre alimentos no lácteos y la supervivencia podría extenderse hacia atrás, desde el segundo trimestre. Los niños alimentados exclusivamente al pecho no fueron incluidos en

el análisis siguiente por cuanto su alimentación y mortalidad se diferenciaban significativamente de los de alto riesgo alimentados con mamadera. Aún cuando las tasas de muerte de los niños alimentados con mamadera, con o sin leche materna, eran similares, la mortalidad era alrededor del 70 por ciento más elevada durante el segundo y tercer trimestres entre los niños que no estaban recibiendo otro alimento (Tabla 4). La diferencia, aunque estadísticamente sin importancia, concordaba con las comprobaciones anteriores de que el riesgo de introducir alimentos adicionales es superado en valor por el beneficio cuando la muerte es el patrón del juicio.

TABLA 4

MUERTES Y TASAS DE MORTALIDAD POR 1.000 AÑOS-PERSONA DE EXPOSICION POR TIPO DE LECHE SUMINISTRADA EN LOS 3 PRIMEROS TRIMESTRES DE VIDA, CHILE RURAL, 1969-70

<i>Edad en semanas</i>	<i>Medida</i>	<i>Pecho + mamadera</i>	<i>Mamadera solamente</i>
4—12	años-persona	35,9	59,0
	muertes	6	10
	tasas de mortalidad	167,1	169,3
13—25	años-persona	70,1	138,0
	muertes	4	12
	tasas de mortalidad	57,1	87,0
26—38	años-persona	67,5	154,4
	muertes	5	8
	tasas de mortalidad	74,1	51,8
Total	años-persona	173,5	351,4
	muertes	15	30
	tasas de mortalidad	86,5	85,4

Otras correlaciones de la mortalidad.

Estos datos tienden a corroborar la impresión de Newman de que "la alimentación conveniente del niño... es un factor mayor que cualquier otra cosa sola" para prevenir las muertes en el primer año. Aún la mortalidad más alta de los hijos de madres de edad avanzada (Tabla 5) parecía depender de la dieta. Si bien es cierto que ellas amamantaban por mayor tiempo, era el comienzo de la mamadera más bien que la continuación de la alimentación al pecho lo que influía evidentemente en la supervivencia, ya que las madres de todas las edades empleaban la alimentación con mamadera más

o menos al mismo tiempo. Las mayores de 35 años, sin embargo, tenían significativamente menos probabilidad (31,5% versus 41,6%) de haber introducido otros alimentos alrededor de los seis meses, y casi todo el exceso de muertes asociado a la edad materna, ocurrió después de eso.

Las fuerzas económicas, como lo muestra el estudio de Behm sobre mortalidad infantil y niveles de vida, influyen poderosamente en las probabilidades de supervivencia de un niño. Pero con los relativos grados de pobreza en estas familias (sólo el 10 por ciento de los padres ganaba más de 75 dólares mensuales), cualquiera protección que el ingreso adicional pudiera haber proporcionado, era evidentemente anulada por el destete acelerado. Aunque los menos empobrecidos tendían a empezar con otros alimentos a una edad más temprana, igualmente, el porcentaje de niños que recibían mamadera, pero sin ningún alimento adicional a los seis meses (los expuestos a mayor peligro) iba de 34 a 42 a 44 por ciento con el mejoramiento de las entradas, presentaban paralelamente un alza en la tasa de muertes de 42 a 49 a 54 por mil (Tabla 6).

Los efectos del destete precoz en forma progresiva que acompañaban a una mayor educación materna eran al parecer atenuados me-

TABLA 5

MUERTES POSTNEONATALES Y TASAS DE MUERTE POR EDAD MATERNA Y PARIDAD, CHILE RURAL, 1969-70 *

Edad de la madre	Paridad	Número total de niños	Muertes entre 4 y 52 semanas	Tasas de muerte por 1.000
-25	1-2	240	3	32,6
	3-4	129	4	
	5-7	28	1	
	8+	2	0	
	Total	399	13	
25-34	1-2	108	6	43,9
	3-4	138	6	
	5-7	189	7	
	8+	112	5	
	Total	547	24	
35+	1-2	33	2	56,4
	3-4	34	2	
	5-7	82	2	
	8+	188	13	
	Total	337	19	
Total	1-2	381	16	42,0
	3-4	301	12	39,9
	5-7	299	10	33,4
	8+	302	18	59,6

* Se excluye cuatro madres con información incompleta.

TABLA 6

MUERTES POSTNEONATALES Y TASAS DE MUERTE, POR EDUCACION MATERNA E INGRESO PATERNO, CHILE RURAL, 1969-70 *

Educación materna (años)	Ingreso paterno (Escudos **)	Número total de niños	Muertes entre 4 y 52 semanas	Tasas de muerte por 1.000
-3	-300	197	7	38,2
	300-549	108	4	
	550+	9	1	
	Total	314	12	
3-5	-300	166	10	61,0
	300-549	138	7	
	550+	24	3	
	Total	328	20	
6+	-300	91	2	38,1
	300-549	83	5	
	550+	115	4	
	Total	289	11	
Total	-300	454	19	41,9
	300-549	329	16	48,6
	550+	148	8	54,1

* Hijos de mujeres casadas que proporcionaron datos del ingreso.

** Diez Escudos equivalían alrededor de un dólar.

dian te la oportuna introducción de otros alimentos por aquellas madres que tenían seis o más años de escolaridad. La proporción de los niños alimentados con mamadera, pero sin otro alimento a los seis meses, iba de 33 a 45 a 37% a medida que el nivel de instrucción de las madres aumentaba, y aparecía un cambio similar en la curva de mortalidad (Tabla 6).

Presumiblemente a causa de su asociación con el ingreso y la educación, las condiciones sanitarias eran también mejores en los hogares con muertes. La tasa de mortalidad post-neonatal era 48,1 en el 17% de las casas con agua corriente, contra 32,3 en las que no disponían de ella, y la tasa era de 36,0 en aquellas con algún tipo de sistema de alcantarillado, contra 30,0 en el 17% sin ninguno. Las familias afectadas se encontraban asimismo menos hacinadas, con menos miembros por pieza y por cama, y eran más aptas para contar con electricidad.

Como la atención médica para un niño estaba a menudo determinada por la ocurrencia y gravedad de la enfermedad, la atención prenatal fue usada como índice de la accesibilidad y disposición para usar los servicios de salud. La tasa de mortalidad post-neonatal (relativamente no influida por la atención prenatal) era más alta (37,5) si las madres habían visitado un médico privado o una clínica prenatal que si ellas habían tenido atención profesional solamente en el parto o absolutamente ninguna (27,3).

Las relaciones inversas de las tasas de muerte con las entradas, con los factores ambientales y con la atención médica, refuerzan la conclusión que la mortalidad diferencial observada era en el hecho imputable a la alimentación con mamadera y descuido de los alimentos suplementarios.

RESUMEN.

Las prácticas de la alimentación infantil, sus correlaciones y sus consecuencias fueron estudiadas en 15 comunidades rurales chilenas durante 1969-70, a través de entrevistas domiciliarias a todas las mujeres que habían dado a luz dentro de los cinco años precedentes. De los 1.451 niños que habían vivido por lo menos tres meses, casi la mitad había iniciado la alimentación a mamadera antes de esa edad. Su riesgo de muerte post-neonatal resultó 3 veces tan grande como el de los niños que sólo recibieron leche materna durante el primer trimestre. Evidentemente, fue el principio del proceso de destete más bien que su término el que afectaba la supervivencia por cuanto una vez iniciadas las mamaderas, la lactancia materna

continuada no proporcionaba ninguna protección manifiesta. El suministro de otros alimentos a estos niños, sin embargo pareció mejorar sus chances de vida. Las tasas de muerte en el segundo y tercer trimestres fueron alrededor del 70% más altas para los niños alimentados a mamadera que no recibían alimento adicional alguno, que para aquellos sometidos a una dieta más amplia. La introducción de suplementos, ya fuera leche u otros alimentos, al parecer aumentó el riesgo de concepción.

La alimentación con mamadera comenzaba más temprano a medida que la educación materna y el ingreso paterno aumentaban, y esto se reflejaba en la tendencia de las tasas de muerte post-neonatal. A pesar de una tendencia concomitante para empezar más temprano otros alimentos, y de tener mejores condiciones sanitarias y atención médica, la mortalidad aumentaba a medida que mejoraba el status económico.

Las madres de mayor edad y las de más alta paridad continuaban amamantando por más tiempo que las otras, pero introducían las mamaderas más o menos al mismo tiempo. Claramente como una consecuencia, los niveles de mortalidad eran con mucho los mismos para todas las edades y paridades durante los seis primeros meses. Después de ese tiempo, sin embargo, era menos probable que las mujeres de más de 35 años hubieran comenzado con otros alimentos ya que las tasas de mortalidad para sus hijos aumentaban.

Los niveles económicos y de educación, los servicios de salud y las condiciones sanitarias en las comunidades estudiadas eran superiores a las de las áreas rurales de los países en desarrollo, pero no eran adecuadas para permitir el destete precoz sin gran peligro. A medida que el progreso hacia sus metas educacionales y económicas continúa, puede esperarse que otras regiones experimenten también con el destete acelerado. Si bien el presente estudio no señala cómo prevenir esto, los datos sugieren que la temprana introducción de otros alimentos puede reducir el riesgo concomitante.

RECONOCIMIENTO.

Los autores reconocen agradecidos el apoyo de la Fundación Rockefeller y a la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos; la asistencia técnica del Departamento de Salud Pública y Medicina Social de la Universidad de Chile; la cooperación de los Directores y personal del Servicio Nacional de Salud de Chile, y la ayuda estadística dada por el Dr. James Warram.