

REPUBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE EDUCACION  
SUBSECRETARIA  
SECCION DE PERSONAL

001293

ORD.: Nº

ANT.: Carta Sr. Alfredo Ihl. Hannover  
Alemania.

MAT.: Remite información solicitada  
sobre CONIN.

107.91.912

13.480

SANTIAGO, 20 AGO 1991

DE: JEFE GABINETE DE SUBSECRETARIA  
MINISTERIO DE EDUCACION

A : SR. JEFE GABINETE PRESIDENCIAL.

REPUBLICA DE CHILE					
PRESIDENCIA					
REGISTRO Y ARCHIVO					
NR.	91/16813				
A:	20 AGO 91				
P.A.A.	<input type="checkbox"/>	R.C.A.	<input type="checkbox"/>	F.W.M.	<input type="checkbox"/>
C.B.E.	<input type="checkbox"/>	M.L.P.	<input type="checkbox"/>	P.V.S.	<input type="checkbox"/>
M.T.O.	<input type="checkbox"/>	EDEC	<input type="checkbox"/>	J.R.A.	<input checked="" type="checkbox"/>
M.Z.C.	<input type="checkbox"/>				

1. En relación con lo solicitado mediante el documento indicado en el antecedente, tengo a bien remitir adjunto, información general acerca de CONIN y la labor específica desarrollada - en Temuco, con el fin que sea enviada al solicitante.

Saluda atentamente a Ud.,



*[Signature]*  
SERGIO AGUILERA AGUILERA  
Jefe de Gabinete Subsecretaría  
Ministerio de Educación

SAA/JMCC/PDL/mds.

Distribución:

- Jefe Gabinete Presidencia.
- Gab. Subsecretaría.
- Sección de Personal.
- Unidad de Bienestar.

CENTRO CERRADO DE RECUPERACION NUTRICIONAL

DE TEMUCO

El C.C.R.N. (Centro Cerrado de Recuperación Nutricional) de Temuco posee 50 cunas con un excelente índice ocupacional porque La Araucanía y Traiguén son zonas de gran pobreza rural.

Se inició como un comodato otorgado por Serviu (Servicio de la Vivienda), a la Región.

Posteriormente, el Ministerio de Bienes Nacionales hizo la transferencia a **CONIN**.

Fue creado el 20 de Enero de 1977 y tiene 13 años, habiendo recuperado a 1600 lactantes desnutridos que han regresado sanos a sus hogares.

Para su funcionamiento requiere ingreso de \$ 2.300.000 mensuales, \$ 27.600.000 anuales.

PROGRAMA PARA RECUPERACION INTEGRAL DEL LACTANTE  
CON DESNUTRICION GRAVE

CORPORACION PARA LA NUTRICION INFANTIL (CONIN)

MANUEL MONTT # 1922  
SANTIAGO - CHILE

AGOSTO 1991.-

## I N D I C E

	Página
A. <u>INFORMACION BASICA.</u>	1
A.1.    La Institución	1
A.2.    Magnitud del problema: Desnutrición en Chile y grupo objetivo del Programa.	1
A.3.    Algunas características del lactante con desnutrición grave.	2
A.4.    El Tratamiento Tradicional.	4
A.5.    Una solución alternativa: El Programa de Centros Cerrados de Recuperación.	5
B. <u>OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA.</u>	6
C. <u>OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PROGRAMA.</u>	6
D. <u>METODOLOGIA.</u>	6
D.1.    Captación y Admisión de Pacientes.	7
D.2.    El Equipo de Salud.	7
D.3.    Tratamiento del Niño dentro del Centro.	8
D.4.    Atención Pediátrica.	8
D.5.    Atención de Enfermería.	8
D.6.    Atención Nutricional.	8
D.7.    Estimulación del Desarrollo Psiconeuro-motor.	9

	Página	
D.8.	Rol del Voluntariado dentro del Centro de Recuperación.	11
D.9.	El Programa Social y la recuperación del grupo familiar.	11
D.10.	Egreso del niño del Centro y seguimiento posterior.	12
D.11.	Necesidades de Planta Física y Habilitación de Centros Cerrados de Recuperación.	12
E.	<u>EVOLUCION, ESTADO ACTUAL Y PROYECCIONES DEL PROGRAMA.</u>	14
F.	<u>EVALUACION DE RESULTADOS</u>	16
G.	<u>APOYO Y APORTES AL PROGRAMA POR PARTE DEL GOBIERNO DE CHILE, DE INSTITUCIONES NACIONALES, INTERNACIONALES Y EXTRANJERAS Y DE LA COMUNIDAD.</u>	19
G.1.	Financiamiento del Programa.	19
G.2.	Apoyo Institucional.	20
G.3.	Participación de la Comunidad.	22

A. INFORMACION BASICA

A.1. La Institución.

El programa que es objeto de esta presentación es el propiciado e implementado a lo largo de Chile por la Corporación para la Nutrición Infantil. Dicha Corporación es una fundación privada sin fines de lucro, nacida en 1974 con el objetivo amplio de propender a la nutrición y el desarrollo normal del niño chileno. La labor desarrollada hasta el momento por la Corporación, comprende una variedad de actividades que van desde el apoyo a la investigación básica, en los campos de nutrición y tecnología de alimentos, hasta la implementación de Programas de intervención nutricional. Central de las actividades de la Corporación es este Programa de Recuperación integral del lactante desnutrido grave.

A.2. Magnitud del problema: Desnutrición en Chile y el Grupo objetivo.

Durante las dos últimas décadas Chile ha hecho progresos importantes en reducir la desnutrición, es así como mientras hace 15 años atrás, alrededor de un 65% de los niños menores de 6 años mostraban algún grado de desnutrición, en 1976 este porcentaje era sólo de un 18%. Los resultados de los programas de salud y nutrición se han reflejado también en un descenso continuo de las tasas de mortalidad del pre-escolar y de la tasa de mortalidad infantil que en este momento es una de las más bajas en Sudamérica. La tarea, sin embargo, no está aún completa y se estima que existen en Chile entre 150 y 200.000 niños desnutridos menores de 6 años, de los cuales alrededor de un 20% son niños que presentan desnutrición de 2° ó 3er. grado. Dentro de este último grupo tenemos alrededor de 6.000 a 7.000 niños menores de 2 años de edad, la gran mayoría de los cuales son menores de 12 meses de edad. Cifras del SNS indican que estos niños se encuentran distribuidos a todo lo largo de Chile, aunque su máxima concentración se encuentra en las áreas urbanas de Santiago y Concepción y en las regiones de O'Higgins y Maule.

Es así como según estadísticas de 1975 un total de 1.826 casos de desnutrición grave, o sea aproximadamente un 30% del total fueron detectados en el área Metropolitana; un total de 1.500 o sea alrededor de un 24% en la 8a. región y alrededor de mil casos en la 6a. y 7a. región lo que representa un 17% de los casos.

Siguen en importancia con respecto a la magnitud del problema la IV Región (Coquimbo), Va. Región (Aconcagua) y las IXa. Región (La Frontera) y Xa. Región, con alrededor de 300 casos detectados de desnutrición grave en cada una, es decir, entre un 5 y 6% del total nacional.

El problema de acuerdo a estadísticas oficiales, pareciera no existir como tal en Magallanes y Aysén aún cuando en la undécima Región, autoridades locales de salud estiman que las cifras oficiales, por problemas de detección, no reflejan la realidad y de hecho en Aysén durante este año hemos detectado alrededor de 30 casos de desnutrición grave en lactantes, en circunstancias que las estadísticas oficiales indicaron la presencia de no más de 10 casos para la Región. Esto podría explicarse por la incompleta cobertura de la población asignada por parte del SNS.

El programa de la Corporación para la Nutrición Infantil está orientado específicamente al tratamiento de estos desnutridos graves menores de dos años.

### A.3. Algunas características del lactante con desnutrición grave.

Al confeccionar un Programa para la atención del lactante con desnutrición grave hay que considerar algunas características de ellos que son esenciales a tal efecto:

En su gran mayoría se trata de niños (menores de un año de edad), que se encuentran entonces en un período de rápido crecimiento físico y de rápido desarrollo de sus diversos órganos y funciones. Ellos deben cumplir etapas críticas e impostergables de desarrollo y la desnutrición grave al interferir con dicho proceso puede determinar un daño permanente que se manifestará en un déficit definitivo de desarrollo físico y probablemente del desarrollo intelectual.

Al interferir con el normal funcionamiento de diferentes órganos y sistemas de desnutrición hace a estos niños especialmente vulnerables a factores agresores y en especial a agentes infecciosos. Las enfermedades infecciosas en estos niños revisten mayor gravedad y tienen una mortalidad mucho mayor que en los lactantes eutróficos.

La amenaza inminente de daño permanente y limitación definitiva en el desarrollo y el alto riesgo de muerte precoz hacen que estos lactantes requieran de un tratamiento intensivo, iniciado en forma precoz y dentro de un ambiente, que al mismo tiempo que protegerlos de agresiones externas, les entrega aquellos elementos que son requeridos para reanudar un proceso de desarrollo físico y psicomotor normal.

El lactante con desnutrición grave pertenece a los sectores más deprivados de nuestra sociedad. Derivan de familias y comunidades totalmente marginadas, social, económica y culturalmente del proceso de desarrollo. En dicho ambiente aunam fuerzas todos aquellos factores imaginables que al interferir con un flujo normal de nutrientes actúan como causas determinantes, directas o indirectas de desnutrición. La falta de recursos y la utilización ineficiente de aquellos recursos que se encuentran disponibles hacen improbable que el niño reciba una alimentación adecuada. Probablemente el recurso de alimentación que a nivel de sus hogares es utilizado con mayor ineficiencia es el de la alimentación natural.: En una muestra de 126 lactantes tratados por CONIN (\*) en el Area Metropolitana sólo un 17% de los casos había recibido alimentación natural por más de 60 días; 60 lo habían hecho por períodos iguales o inferiores a 30 días y un 25% no habían recibido alimentación natural. Al respecto cabe señalar también que el 90% de estos lactantes participaba en los Programas de Control de Salud, y de Alimentación Complementaria del S.N.S.

Las inadecuadas condiciones de saneamiento ambiental en que estos niños viven, caracterizados por mala calidad de viviendas, hacinamiento y pobres sistemas de abastecimiento de agua y disposición de excretas, los expone continuamente a infecciones que no solo tienen en ellos

(\*) CONIN : Corporación para la Nutrición Infantil.



una mayor gravedad sino que llevan a una limitación aún mayor de la ingesta, interfieren con la adecuada utilización de los nutrientes recibidos y aumentan los requerimientos por algunos de ellos; ésto acentúa aún más la desnutrición creando así un círculo vicioso que se abre frecuentemente solo a la muerte.

El bajo nivel educacional de los padres y otros problemas de tipo social que interfieren con el funcionamiento normal de las relaciones del grupo familiar deprivan aún más al niño, ya no sólo de una alimentación adecuada sino que también del afecto, del cariño y del estímulo psicológico que son esenciales para su desarrollo normal. Es en esta situación ambiental compleja donde residen las causas últimas de la desnutrición y su tratamiento es esencial si se pretende conseguir una recuperación permanente del desnutrido grave y si se quiere prevenir la aparición de nuevos casos de desnutrición en el mismo grupo familiar.

Es evidente que un programa de recuperación integral del desnutrido grave debe incluir una serie de acciones dirigidas directamente al niño y entregadas en un ambiente adecuado y al mismo tiempo otra serie de acciones destinadas a corregir aquellas condiciones que, operando dentro de su ambiente familiar actuaron como causas de desnutrición.

#### A.4. El tratamiento tradicional.

Por lo expuesto es claro que el tratamiento del lactante con desnutrición grave requiere de una estrategia cuya aplicación está fuera de los objetivos y más allá de las posibilidades de las instituciones tradicionales de salud. Sin embargo, fueron los Hospitales los que asumieron dicha responsabilidad a un alto costo, con pobres resultados y probablemente en desmedro del adecuado cumplimiento de otras funciones para los cuales si están debidamente preparados.

Habitualmente el lactante con desnutrición grave ingresaba al Hospital a raíz de un episodio infeccioso agudo. Dentro de este medio la recuperación era lenta y generalmente solo parcial en lo que respecta a su estado nutricional. A menudo contraía dentro del hospital nuevas infecciones intercurrentes y éstas o la que motivó su ingreso resultaban en una alta mortalidad: uno de cada tres desnutridos graves que ingresaban al Hospital fallecían. Los que eran dados de alta después de solucionar su problema agudo (pero en general solo parcialmente recuperados nutricionalmente) regresaban a su hogar donde encontraban exactamente las mismas condiciones que motivaron su problema y no tardaban en requerir nuevas hospitalizaciones. En un total de aproximadamente 100 niños tratados por CONIN en el Area Metropolitana y que ingresaron a los Centros de Recuperación con una edad promedio de 7 meses, el 38% tenía antecedentes de una hospitalización previa, el 27% al menos dos hospitalizaciones previas y el 18% tres hospitalizaciones previas.

Estudios realizados por el Dr. Fernando Mönckeberg y su Grupo en el Area Metropolitana señalaban que aquéllos desnutridos en 3er. grado que sobreviven hasta el año han tenido un promedio de 2.8 hospitalizaciones y una estadía hospitalaria de alrededor de 150 días. Aparte de la clara ineficiencia de este sistema de tratamiento, en cuanto a éxitos terapéuticos se refiere, es obvio que el tratamiento de estos desnutridos graves en recintos hospitalarios representaba una sobrecarga económica y asistencial de grandes proporciones. El costo total de atención de estos desnutridos graves en Hospitales del S.N.S. podría aproximarse a US\$ 10.000.000.- al año y se estima que su atención copaba alrededor de un 25 a 28% de la total disponibilidad de camas para lactantes.

#### A.5

##### Una solución alternativa.

El Programa de Centros Cerrados de Recuperación Nutricional presenta una solución alternativa cuya mayor efectividad y menores costos relativos ha sido estable.

B. OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

Reducir en un 80% la prevalencia de desnutrición grave en lactantes, en el curso de los próximos cinco años.  
Objetivo ya cumplido. Las cifras habian de 0,8 de desnutrición infantil.

C. ESPECIFICOS DEL PROGRAMA  
TRATAMIENTO

- C.1. Posee una red nacional de Centros Cerrados de Recuperación que reúne las condiciones adecuadas para el tratamiento del desnutrido grave.
- C.2. Establece un sistema eficiente de captación de los desnutridos graves a lo largo del país y un mecanismo adecuado de su internación en los Centros.
- C.3. Obtiene la recuperación completa del estado nutritivo y máximo posible del grado de desarrollo psicomotor en los desnutridos que ingresa a los Centros.
- C.4. Recupera simultáneamente al grupo familiar del desnutrido, corrigiendo aquellas condiciones que generaron la desnutrición, para asegurar la permanencia de la recuperación del niño una vez que éste vuelve a su hogar y para prevenir la aparición de nuevos casos de desnutrición grave dentro del mismo grupo.
- C.5. Establece cuáles son las condiciones operativas que permitan cumplir con los objetivos previamente señalados con máxima eficiencia.

D. METODOLOGIA

Las actividades del programa son orientadas por normas técnicas emitidas por CONIN y que están en gran parte basadas en la experiencia de los profesionales que participaron en el plan piloto inicial. Dichas normas no tienen carácter definitivo y su objetivo es uniformar el funcionamiento de los Centros de Recuperación a lo largo del país a fin de poder evaluar las diferentes técnicas y procedimientos e introducir oportunamente las modificaciones que lleven a condiciones operativas más eficientes.

EL PROGRAMA DE CENTROS CERRADOS DE RECUPERACION  
NUTRICIONAL EN CHILE: UNA EXPERIENCIA CON LA MAR-  
GINALIDAD.

---

F. Monckeberg, J.A. Riumalló

Aún cuando el crecimiento económico y la redistribución de los recursos por él generados son elementos condicionantes de gran importancia para el desarrollo, ellos no constituyen el objetivo final de este último. Diferentes autores han apuntado ya a la elevación de los niveles de vida, en especial de los sectores más pobres de la sociedad, como el objetivo último de un desarrollo económico y social integrado (1). La satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, salud, vivienda, educación, justicia y trabajo para cada individuo son elementos indispensables de estabilidad social y de ellos depende la seguridad y progreso de la comunidad entera.

El alcanzarlas como objetivos pasa a ser entonces responsabilidad de todos y cada uno de los sectores de dicha comunidad. Sin embargo el Estado es quien debe implementar y regular los mecanismos para que ello sea posible. Al respecto, el Estado generalmente hace uso de dos mecanismos convencionales para lograr una mejor distribución del ingreso y alcanzar eventualmente un mejor nivel de vida. El Estado puede incrementar los ingresos de los trabajadores y proteger sus fuentes de trabajo a través de una adecuada legislación salarial, laboral y social; o bien puede implementar servicios que satisfagan las necesidades básicas de los sectores de menores ingresos obteniendo los recursos necesarios de los sectores de mayor ingreso por vía impositiva.

Como ha sido señalado por otros autores, la penetrabilidad de estas acciones es suficiente para que ellas favorezcan a los estratos medios y medios bajos de la

sociedad, pero no llega a alcanzar a los estratos más bajos en que precisamente las necesidades son más extremas (1). Es así como sectores amplios de la población no se benefician de este tipo de medidas econtrándose total y absolutamente marginados económica, social y culturalmente del proceso de desarrollo. Paradojalmente estas acciones emprendidas por el Estado se planean generalmente para beneficiar prioritariamente a estos estratos más bajos, pero durante su implementación se fracasa y se termina beneficiando sólo a los estratos inmediatamente superiores.

Este fracaso, que perpetúa la condición de marginalidad absoluta a través de generaciones, puede explicarse en parte por características impresas a este grupo marginal por la pobreza y la miseria misma y en parte por la ausencia de indicadores apropiados que permitan seleccionar adecuadamente y precisamente a quienes pretendemos sean beneficiarios de estas estrategias. La pobreza extrema y la indigencia crónica llegan a producir un verdadero daño en el individuo que la sufre. Es este daño el que en buena parte dificulta su incorporación dentro de las estructuras de la sociedad (2).

Todos los factores que condicionan el submundo de la miseria y de la marginalidad actúan negativamente sobre el individuo deteriorándolo orgánica y psíquicamente.

El medio ambiente pesa negativamente, aún antes de que nazca. Así por ejemplo, la mala nutrición de la madre, repercute en el feto. Después de nacer, lo frecuente es que la situación no mejore, sino que por el contrario, el medio ambiente se torne aún más adverso. Por una parte, la subalimentación continúa pesando negativamente sobre el desarrollo físico y psíquico y por otra, al pauperismo cultural, constituye un micro ambiente muy precario para el desarrollo intelec-

tual del niño. Los primeros años de vida, son de una importancia fundamental. Durante esta época, en que el niño comienza la exploración del mundo que lo rodea, se encuentra en un medio ambiente gris y aplastante que no estimula su imaginación ni excerva su curiosidad. La estimulación verbal es escasa, ya que como promedio, las madres que viven en ese medio ambiente, tienen un vocabulario muy restringido que no pasa de 180 palabras. Su mundo en esas condiciones es muy restringido, sus temas de conversación son concretos y contingentes y sólo se refieren al micro mundo que los rodea. No existe el proceso síquico de abstracción, ni tampoco hay proyección hacia el futuro e incluso el pasado es nebuloso, sin dejar experiencias que sirvan de enseñanza. Las relaciones interfamiliares son muy primitivas, lo que produce una tremenda sensación de inseguridad en el niño. El afecto es escaso y la imagen de padre no existe o está muy deteriorada. La relación entre padre e hijo es muy débil y la estructura familiar, si es que existe, es distorsionada. En este medio, el niño nace y se desarrolla en un ambiente de inseguridad casi carente en absoluto de todo estímulo, que limita así sus posibilidades físicas y psíquicas (3). Si más tarde ingresa a la educación primaria, su rendimiento será muy pobre y lo probable es que debido a ello, abandone la escuela con apenas uno o dos años de escolaridad y en condiciones de semianalfabetismo (4). De allí en adelante, continuará con el ciclo al menos por otra generación más, incapacitado para poner fin por sí mismo a la miseria. Lo que es más grave, quién padece de miseria no tiene real conciencia de ello.

Para el que nació en esa situación y probablemente fue hijo y nieto de miserables, es ésa la situación normal. Para el individuo que se encuentra en estas circunstancias, no es prioritario salir de esa condición y muchas veces, ni siquiera lo vislumbra como necesario. Aún cuando lo vislumbre, no tiene los medios, ni la educación, ni la información necesaria para ello. Por otra parte care-

cen casi en absoluto de autoestima y dignidad humana y aceptan su situación de parias. Su nivel de participación en la estructura social es nula y su marginalidad absoluta. Es por esto que el Estado es incapaz de llegar a ellos con medidas redistributivas de ingreso ni los ha podido alcanzar a través de la creación de servicios básicos cuando ellos se administran en forma convencional. La incorporación de estos grupos de marginalidad absoluta al proceso de desarrollo económico y social requiere de modalidades y acciones diferentes a las que hasta ahora se han tratado de implementar. Si bien es cierto que las ya mencionadas deben incrementarse y perfeccionarse para avanzar en el desarrollo social, nuevas intervenciones deben diseñarse para estos grupos cuyo daño social y biológico los hace incapaces de recuperarse sin ayuda directa.

La legislación salarial, social o sindical, para ellos no tiene sentido, ya que nunca han tenido salarios. Tampoco los servicios básicos los alcanza, porque ni siquiera vislumbran la utilidad de ellos, ni tampoco conocen los mecanismos de cómo alcanzarlos, ni menos poseen los recursos económicos mínimos que se les exigen para optar a los beneficios de vivienda, salud, educación o saneamientos ambiental. El progreso económico, si es que se produce, no los alcanzará jamás y lo probable es que se vaya produciendo una desigualdad progresiva.

Se requiere entonces nuevas e imaginativas intervenciones con participación de la comunidad entera y muy en especial con participación activa de los mismo afectados que deben convertirse de objeto en actores del proceso. Estas intervenciones tendran que ser globales, contemplando todos los factores que están condicionando la miseria. Elías deben orientarse hacia la consecución de al menos cinco objetivos:

- a) Crear nuevas expectativas, demostrando que la situación de miseria es anormal,
- b) Mejorar la dignidad humana e incrementar la autoestima
- c) Capacitar al individuo al nivel que sea posible, para que tenga mejores opciones frente al mercado laboral
- d) Prevenir el daño sociogénico-biológico de nuevas generaciones y.
- e) Reestructurar y estimular la formación de la familia como elemento básico.

Por último, es absolutamente necesario que estas intervenciones lleguen efectivamente a la población objetivo y no se desvíen de ella como ha sucedido históricamente en nuestro país con los servicios de salud, educación, nutrición, vivienda, saneamiento ambiental, etc. Para ello es indispensable contar con indicadores valederos, precisos y simples que permitan ubicar los estratos de miseria. Podría pensarse en indicadores que señalen el grado de daño del individuo o del grupo familiar, pero todos ellos son engorrosos, difíciles de implementar, requieren de especialistas y están sujetos a factores subjetivos (5).

Un indicador posible de fácil determinación, parece ser el estado nutritivo y condiciones de salud de la población infantil. El es perfectamente utilizable como indicador en el lactante y preescolar, que son los grupos de edades más afectados. El estado nutritivo de esas edades, parece ser útil para discriminar en los diversos estados de pobreza. La desnutrición del niño, representa la suma de todos los factores adversos ambientales y también el daño de la familia, que en definitiva se traduce en la imposibilidad de otorgar la protección necesaria a la próxima generación para su crecimiento y desarrollo normal. A la luz de nuestra experiencia se puede concluir que es perfectamente posible utilizar como indicador, para seleccionar las familias de miseria, el estado nutritivo de los hijos. Se puede



afirmar que aquellas familias que poseen niños con desnutrición avanzada, de causa social, corresponden a familias de los más bajos estratos de la sociedad. Es un indicador simple y objetivo y, en el caso de Chile al menos, fácil de obtener.

Un programa que contemple intervenciones del tipo aquí propuestas difícilmente puede ser desarrollado por el Estado dentro de sus estructuras convencionales. Lo probable es que sería poco eficiente, debido a que estas estructuras son rígidas, burocráticas e impersonales. Se requiere por el contrario, de gran motivación y espíritu solidario y un profundo sentido humanitario. Para esto, tal vez podrían ser útiles organizaciones privadas o autónomas del Estado que, trabajando coordinadamente con él, llenen estos objetivos. Tampoco esas organizaciones podrán obedecer a esquemas políticos o religiosos y por el contrario, su único objetivo debe ser la lucha contra la desigualdad y la pobreza extrema. Necesariamente estas instituciones deberán estar fuertemente subsidiadas por el Estado, ya que es el que posee los recursos, pero también deberán lograr recursos de la propia comunidad. Esto último es posible si se logra motivarla adecuadamente.

Aún cuando esto parezca utópico ya hay algunas experiencias que han dado resultados muy positivos y que indican un camino a seguir. Una de ellas es la de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN) que constituye el objetivo central de esta presentación.

## LA CORPORACION PARA LA NUTRICION INFANTIL

CONIN es una institución privada sin fines de lucro que inició sus actividades en Chile en 1975. Central a dichas actividades ha sido el Programa de Centros Cerrados de Recuperación Nutricional que está orientado hacia la recuperación integral del lactante con desnutrición severa y su grupo familiar. Este programa se implementó como proyecto piloto durante los años 1975 y 1976 y a partir de entonces se ha desarrollado a nivel nacional.

### Magnitud del Problema; Cuantía del Grupo Objetivo de CONIN

Durante los últimos años Chile ha realizado grandes progresos en reducir la desnutrición y la tasa de mortalidad en la población escolar. En la década del 50 la tasa de desnutrición era de un 65% y la mortalidad infantil de sobre 100‰. Al año 1975, cuando inició sus actividades CONIN, la tasa global de desnutrición en la población preescolar era de 15.5% y la de mortalidad infantil de 55‰. Este rápido descenso, que continúa hasta el día de hoy puede ser explicado en parte importante por el desarrollo de programas nacionales de salud y nutrición realizados por el SNS, el que cubre todo el país a través de una infraestructura dada por cerca de 400 hospitales y casi 1.600 consultorios externos y postas de salud. Sobre el 80% del total de la población preescolar del país, se encuentra bajo control en el SNS. Sobre un total de más de un millón de niños bajo control por el SNS en 1975, un 12% presentaban desnutrición leve, un 2,2% desnutrición de 2° grado y un 0,7% desnutrición de tipo grave. En cifras absolutas esto significaba la existencia de un total aproximado de 160.000 preescolares con algún grado de desnutrición entre los cuales 28.000 presentaban desnutrición de 2° grado y alrededor de 8.000 presentaban desnutrición severa (b). Aproximadamente el 50% de los casos de desnutrición de

2º grado y la mayoría de los casos de desnutrición de 3º grado, eran lactantes y ellos representaban la población objetivo de CONIN. Características propias de la desnutrición severa en el lactante hacen poco probable que se puede obtener una recuperación integral de estos niños a través de su tratamiento en Hospitales Pediátricos o que ellos puedan beneficiarse efectivamente en alguna forma de otra intervención orientada a la prevención o curación de formas menos graves de desnutrición.

Una alta proporción de los lactantes con desnutrición severa mueren por infecciones respiratorias o gastrointestinales agudas. Los que sobreviven quedan con déficit definitivos de desarrollo somático y probablemente psicomotor. Este peligro de muerte o secuela permanentes hace que la desnutrición severa del lactante debe tratarse como una emergencia médica y se le deba proporcionar un tratamiento precoz, intensivo y comprehensivo.

Este tratamiento debe orientarse no sólo hacia la recuperación nutricional sino que también hacia la rehabilitación del niño desde el punto de vista de su desarrollo psicomotor.

La alta vulnerabilidad del lactante con desnutrición grave o procesos infecciosos y las bien establecidas relaciones entre infección y desnutrición, hacen que el tratamiento de estos niños deba realizarse en un ambiente que los proteja de agentes infecciosos y otros agentes agresores. Este ambiente no se encuentra ni en sus hogares ni en la sala del hospital pediátrico.

#### Características de las Familias Atendidas por CONIN

La gran mayoría de los desnutridos graves, pertenecen a los sectores más deprivados de nuestra sociedad. Derivan de familias y comunidades marginadas económica, social y culturalmente del proceso de desarrollo y en las cuales se pre-

sentan las características que se describen a continuación:

En la estructura familiar, el padre ocupa por lo general el rol de generador principal de ingresos, aunque la madre también trabaja en algunas familias, fuera del hogar.

Según estudio de 752 casos de familias estudiadas por CONIN en Santiago y provincias en 1977 (7), solo un 21% de los padres tenían trabajo en las áreas de la construcción, industrias, Fuerzas Armadas, Sector Público, etc. el 79% de los padres estaban cesantes o tenían trabajos ocasionales o transitorios como el Empleo Mínimo. Estos datos indican la precariedad del mercado de trabajo en que se mueven los padres de los menores desnutridos. Esta situación está estrechamente ligada a su nivel de escolaridad; en el 63% de los casos estudiados los padres eran analfabetos o tenían educación básica incompleta, por lo que quedan generalmente fuera de la selección para un trabajo mejor remunerado. La escasez de oferta de trabajo que existe actualmente genera una selección en base a mayor nivel de escolaridad y/o calificación laboral de los demandantes o cesantes.

Este bajo nivel de escolaridad tiende a mantenerse para las futuras generaciones, ya que se observa una gran deserción escolar entre los menores de 9 a 12 años de edad, los que abandonan los estudios y realizan alguna actividad productiva, que contribuye a paliar problemas económicos inmediatos de la familia. En áreas urbanas, limpian autos, realizan fletes en las ferias, venden caramelos en los paraderos de movilización colectiva, etc.

En la distribución de los ingresos de la familia, se constata que entre el 80 y 90% se destina a alimentación. El ingreso restante se distribuye en combustible, movilización y otros. Esto se manifiesta en una falta permanente de

Otros rasgos que se observan serían un sentimiento muy fuerte de solidaridad, tanto con su familia como con sus vecinos y conocidos. Se aceptan allegados, niños abandonados y reconocen hijos que no son propios (8).

#### Principales Problemas que Afectan a las Familias de los Desnutridos

El estudio socio-económico de 286 familias de menores internados en los Centros del Area Metropolitana, en Diciembre de 1978, proporcionó un listado de problemas que fueron jerarquizados de acuerdo a los criterios de magnitud, urgencia y factibilidad. El resultado de esta jerarquización revela que los problemas más significativos en estas familias con: trabajo, vivienda, educación, salud y factores socio-culturales, lo que confirma el diagnóstico general esbozado anteriormente.

#### Trabajo e Ingreso

El cuadro siguiente presenta la situación laboral de los padres de los desnutridos de CONIN, distinguiendo las madres solas y aquella situación de pareja en que la madre también trabaja.

SITUACION LABORAL DE LOS PADRES DE LOS MENORES DESNUTRIDOS

DE CONIN - DICIEMBRE 1978 (Datos de 6 Centros del Area Metropolitana)

PADRES	TOTAL	PORCENTAJE
Con trabajo estable y con previsión	50	28.0
Con trabajo estable y sin previsión	17	9.5
Trabajo ocasional	57	31.8
Trabajo por cuenta propia y sin previsión	30	16.8
Trabajo PEM	11	6.1
Cesante absoluto	14	7.8
Sub-Total	179	100.0

MADRES	TOTAL	PORCENTAJE
Madres jefe de hogar con trabajo estable	20	17.1
Madre jefe de hogar con trabajo ocasional	38	32.5
Soltera allegada con familiares	19	16.2
Soltera allegada con trabajo ocasional	29	24.8
Sin datos	11	9.4
Madre con cónyuge o conviviente que trabaje	32	-
Sub-Total	117	100.0
TOTAL FAMILIAS	286	

Se observa en este cuadro la alta incidencia de trabajo ocasional, que sumado a los padres que se desempeñan en el Programa Plan del Empleo Mínimo (PEM) y trabajadores por cuenta propia no calificados y sin previsión, alcanza a un 54.7%. Las madres con trabajo ocasional es un 57.3%, sumadas las madres jefe de hogar con trabajo ocasional y las madres solteras con trabajo ocasional. Cabe destacar el 7.8% de padres casantes absolutos y un 16.2% de madres solteras allegadas con familiares (es decir cesantes).

Frente a esta problemática no existen recursos suficientes. Si bien, el Plan de Empleo Mínimo ha sido considerado a nivel de Gobierno como un recurso, no constituiría una real solución por ser un trabajo mal remunerado, transitorio y sujeto a despidos repentinos.

De los 179 padres, sólo 11 pertenecen al Plan del Empleo Mínimo, el que es rechazado por no ser una alternativa de solución al problema económico.

Del análisis de esta variable, se deduce que el 100% de las familias de la muestra cuenta con ingresos insuficientes para satisfacer sus necesidades mínimas, lo que condiciona una subalimentación de todo el grupo familiar, precariedad en el vestuario, escasez en el equipamiento de la vivienda, etc. Se puede observar que el 62.5% de los padres y el 82.9% de las madres no tienen trabajo estable, lo que supone una grave inestabilidad económica.

Vivienda.- La vivienda es uno de los factores que influye en la desnutrición. El cuadro siguiente presenta la situación habitacional de los grupos familiares en relación a esta variable.

SITUACION HABITACIONAL DE LAS FAMILIAS DE LOS MENORES  
DESNUTRIDOS DE CONIN - DICIEMBRE 1978 (Datos de los Centros  
Macul, Kenca, Vergara y Pedro de Valdivia

Situación habitacional	Nº familias no allegadas		Nº familias en situación de allegados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Campamento con media-agua o mejora	64	55.7	51	44.3	115	63.2
Población estable con vivien da sólida, mixta o madera	43	64.2	24	35.8	67	36.8
T O T A L	107	58.8	75	41.2	182	100.0

El análisis de los datos de 182 familias nos confirma que en general las familias atendidas por CONIN en el Area Metropolitana de Santiago, habitan en campamentos con viviendas de material ligero (63.2%).

La vivienda se encuentra en malas condiciones de conservación, es de espacio reducido y sin saneamiento básico.

Existe además, una alta incidencia en los problemas de falta de equipamiento, deficientes condiciones sanitarias, corte de servicios básicos, hacinamiento y promiscuidad.

Educación.- En el cuadro siguiente se presentan los datos que se relacionan con la escolaridad de los padres y madres de los menores desnutridos, panorama que permite visualizar los niveles en que debe programarse la educación de estos grupos



ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LOS MENORES DESNUTRIDOS DE CONIN  
EN AREA METROPOLITANA - DICIEMBRE 1978 (Datos de 6 Centros del  
Area Metropolitana

CATEGORIA	PADRES		MADRES	
	Nº	%	Nº	%
Con curso de enseñanza media	36	17.91	28	10.33
Educación Básica completa	18	8.96	25	9.23
Lee y escribe con educación Básica incompleta	123	61.19	164	60.52
Analfabetos	24	11.94	54	19.92
Sin datos	15	-	15	-
Sub-total	216	100.00	286	100.00
T O T A L	502			

En este estudio de 286 familias; 216 hogares estaban constituidos por ambos padres y 70 madres solas. De la población total de 502 personas se acumulan un 6.0% de casos sin datos.

Lo más significativo de los datos de escolaridad es la alta frecuencia de padres con Educación Básica incompleta que lee y escribe (61.2% en los padres y un 60.5% en las madres).

El índice de analfabetismo de las madres que constituye un 19.9%, incidiría en la dificultad que ellas tienen para internalizar contenidos educativos. Unido al bajo nivel de escolaridad de ambos padres, este grupo se caracteriza por su deprivación socio-cultural, lo que implica un escaso repertorio de conductas que no le permiten enfrentarse en forma eficiente y en relativa igualdad de condiciones a

otras personas en determinadas situaciones.

Salud.- En relación a esta variable la mayor magnitud y urgencia es la desnutrición de los hermanos del menor y la falta de alimentos y deficiencias alimentarias del grupo familiar.

En el estudio citado, el índice de alcoholismo del padre es de un 17.3%, mientras que el porcentaje en el Centro Vergara que comenzó a funcionar posteriormente al estudio citado y que atiende a familias del Area Sur y Metropolitana, un 45.4% de padres lo reconocen expresamente.

Con menor incidencia tenemos otros problemas de salud mental, que en la mayoría de los casos no son diagnosticados ni tratados (8, 9 y 10).

Del análisis de estas características familiares es indudable, que si quiere darse a la recuperación del niño un carácter permanente es imprescindible tratar de modificar a nivel de su grupo familiar los factores que determinaron esta desnutrición, que son coincidentes con aquellos que caracterizan la extrema pobreza.

Es evidente entonces que un programa de recuperación integral del desnutrido grave debe incluir una serie de acciones dirigidas directamente al niño y entregados en un ambiente adecuado y al mismo tiempo otra serie de acciones destinadas a corregir aquellas condiciones que operando dentro de su grupo familiar actuaron como causa de desnutrición. La aplicación de un tratamiento de este tipo está fuera de los objetivos y va más allá de las posibilidades de los Hospitales Pediátricos que han asumido dicha responsabilidad a un alto costo, con pobres resultados y probablemente en desmedro del adecuado cumplimiento de otras funciones para las cuales si están debidamente preparados.

## Bibliografía

- 1.- Galofré, F.: Pobreza y los primeros años de la niñez. Situación en América Latina y el Caribe. CEPAL/Proy. 1/19, Agosto 1979.
- 2.- Monckeberg, F.: Jaque al Subdesarrollo. Ed. Gabriela Mistral. 3ª edición, 1976.
- 3.- Monckeberg, F.: Daño Sociogénico Producido por la Miseria. Nutrición, Educación y Salud. 9-16. Conpan-Dpto. de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. 1976.
- 4.- Monckeberg, F.: La desnutrición en el niño y sus consecuencias. Revista del Centro de Estudios Educativos de México, 3:61, 1973.
- 5.- Monckeberg, F.: Estrategia para los niveles de marginalidad absoluta. Informe de CONIN, Santiago-Chile, Vol. 3, 1979.
- 6.- Servicio Nacional de Salud, Chile. Anuario Estadístico. Atenciones y Recursos, 1975.
- 7.- CONIN, Características socio económicas de las familias con desnutridos graves. Informe CONIN, Vol. 1, 1977.
- 8.- Planteamiento General del Trabajo Social en CONIN, Rev. Escuela Trabajo Social, Univ. Católica de Chile. N° 28: 35, 1979.
- 9.- CONIN, Planteamiento general para un programa de servicio social de CONIN. Informe CONIN. Vol. 3, 1979.
- 10.- CONIN, Programa de trabajo social del servicio social de CONIN para 1979. Informe CONIN, Vol. 5, 1979.
- 11.- Monckeberg, F.: Recovery of Severe Marasmic Malnutrition, NIH Meeting, Washington D.C. 1978.
- 12.- Riumalló, J.: El programa de centros cerrados de recuperación nutricional en Chile. Symposium de Políticas de Alimentación y Nutrición, Srgo. Chile, 1978.
- 13.- Cortese, P.: Huertos Familiares, Rev. Creces, 3:20, 1979.
- 14.- Schlesinger, L.: Experiencia en saneamiento ambiental en una población marginal de Santiago, Symposium de Políticas de Alimentación y Nutrición, Stgo. Chile, 1978.

dinero efectivo, lo que condiciona una lucha constante por sobrevivir. El ingreso promedio fluctúa alrededor de US\$ 40 mensuales.

Las familias atendidas por CONIN, en su gran mayoría no tienen acceso a la adquisición de una vivienda a través de los mecanismos institucionales, ya que estos suponen una capacidad de ahorro que éstas no tienen.

Existe un 21.8% de familias en condiciones de hacinamiento, es decir, más de 4 personas por pieza. Alrededor de un 60% de las familias habitan viviendas de madera en precarias condiciones, estrechas, en mal estado de conservación, deficientes condiciones de saneamiento y escaso mobiliario.

Respecto a la promiscuidad en que viven estas familias, se observa que el 52.1% de los casos poseen una cama por 2 o más personas.

En lo psicológico predomina la resignación y el fatalismo, los que aparecen como mecanismos de defensa ante las adversidades, y así en ellos existe una mayor capacidad para aceptar problemas de salud física o mental de algún miembro del grupo familiar y una mejor comprensión y aceptación de los ancianos, quienes asumen un rol y en algunos casos un status por su aporte económico.

Hay tendencia a vivir el tiempo presente, el hoy y el ahora, que les impide visualizar y proyectar su futuro. Su visión del mundo está circunscrita a su propia vivienda, a su barrio, a su medio.

La mayoría de las familias se encuentran tan inmersas en su propia problemática - ¿qué hacer? ¿qué comer? ¿qué ponerse? - que desconocen la realidad existente fuera de los límites de su campamento o población. Ignorantes de qué ocurre en el país, en el mundo, pasan su vida marginados, indiferentes muchas veces frente a su propio destino. Reaccionan en forma espontánea ante un estímulo sin prevenir sus consecuencias, lo que estaría ligado a la agresividad en las

comunicaciones.

En cuanto a su relación de pareja, éstas son inestables y la comunicación entre ellos es escasa lo que produce una falta de conocimientos de cada uno como persona. Al no asumir el hombre el rol de compañero, generalmente su abandono no representa conflicto emocional en la mujer.

En relación al machismo, este se manifiesta en obediencia y sumisión femenina y aceptación de la infidelidad masculina, siempre que no signifique deterioro económico.

El hombre que se ve enfrentado a una situación difícil de superar, utiliza aparentemente como mecanismo de defensa la embriaguez, lo que le permite acumular confianza para hacer frente a la dificultad y sentirse persona importante, imponiéndose por la fuerza. Esto condiciona una dependencia al alcohol, con graves consecuencias para la familia y la comunidad. La tasa de alcoholismo entre los padres alcanza a un 17.3%

En otras oportunidades, se observa en el hombre mucha inseguridad lo que se manifiesta en celos, desconfianza de la paternidad de sus hijos y requerimiento a su mujer para que permanezca en su hogar.

En lo que se refiere a la mujer, se nota una apertura de ella hacia su personalización debido a que ha tenido acceso a instituciones que intentan la capacitación de la familia, como serían: escuelas, policlínicas, jardines infantiles, acciones comunitarias, etc. La situación desmedrada del hombre, unida a las mayores posibilidades que ha alcanzado la mujer a través de la capacitación, la ha llevado en muchos casos a asumir algunos roles de educación, salud, planificación familiar, búsqueda de recursos de tipo económico, etc., con el consiguiente conflicto de roles con su pareja.

Habitualmente el lactante con desnutrición grave ingresa al Hospital a raíz de un episodio infeccioso agudo. Dentro de este medió la recuperación es lenta y generalmente sólo parcial en lo que respecta a su estado nutritivo. A menudo contrae dentro del hospital nuevas infecciones intercurrentes y estas o la que motivaron su ingreso resultan en una alta mortalidad; uno de cada tres desnutridos graves que ingresan al Hospital fallecen. Los que son dados de alta después de solucionar su problema agudo (pero en general sólo parcialmente recuperados nutricionalmente) regresan a su hogar donde encuentran exactamente las mismas condiciones que motivaron su problema y no tardan en requerir de nuevas hospitalizaciones.

En un total de aproximadamente 100 niños tratados por CONIN en el Area Metropolitana y que ingresaron a los Centros de Recuperación con una edad promedio de 7 meses, el 38% tenían antecedentes de una hospitalización previa, el 27% al menos dos hospitalizaciones previas y el 18% tres hospitalizaciones previas. Estudios realizados en el Area Metropolitana señalan que aquellos desnutridos en 3er. grado que sobreviven hasta el año han tenido un promedio de 2.8 hospitalizaciones y una estadía hospitalaria de alrededor de 150 días. Aparte de la clara ineficiencia de este sistema de tratamiento, en cuanto a éxitos terapéuticos se refiere, es obvio que el tratamiento de estos desnutridos graves en recintos hospitalarios representa una sobrecarga económica y asistencial grandes proporciones. El costo total de atención de estos desnutridos graves en Hospitales del SNS podría aproximarse a US\$ 10.000.000.- al año y se estima que su atención coparía alrededor de un 25 a 28% de la total disponibilidad de camas para lactantes.

### Una Solución Alternativa

El Programa de Centros Cerrados de Recuperación Nutricional presenta una solución alternativa cuya mayor efectividad y menores costos relativos ha sido establecida a nivel piloto y que se encuentra en etapa de implementación a nivel nacional.

El estudio piloto, cuyos resultados han sido previamente presentados, se realizó entre agosto de 1975 y fines de 1977 (11). Ochenta lactantes con desnutrición grave fueron tratados en un Centro Cerrado de 30 camas en un ambiente en que se dió especial importancia a las condiciones higiénicas y sanitarias destinadas a prevenir infecciones y a la estimulación sensorial y afectiva de los niños. El tratamiento estuvo a cargo de un grupo de profesionales y técnicos, multidisciplinario. La labor de este grupo fue extendida por la de 80 trabajadores voluntarios especialmente entrenados.

Este equipo de salud trató al niño desde el punto de vista médico nutricional y le proporcionó una constante estimulación psicomotora, sensorial y afectiva. Al mismo tiempo actuaron sobre el grupo familiar y en especial sobre las madres, a través de su integración al plan de tratamiento del niño y educación y, entrenamiento en cuidados generales del lactante.

Se hicieron también esfuerzos para mejorar, dentro de lo posible, los niveles de vida del grupo familiar. Como grupo control se tomaron 80 niños de similar edad y grados de desnutrición tratados en un Hospital Pediátricos y ambos grupos se compararon en términos de velocidad, magnitud y permanencia de la recuperación nutricional y psicomotora; mortalidad, frecuencia de episodios infecciosos y costo de operación. El tratamiento dentro del Centro fue altamente favorable en términos de la recuperación nutricional y psicomotora; y también en términos de

mortalidad (0% en centro y 29% en Hospital) y de morbilidad intercurrente de tipo infecciosa (0.3 episodios/niño en el Centro y 4.5 en el Hospital). Los niveles de recuperación obtenidos en los niños tratados en el Centro se mantuvieron después de un periodo de observación de 7 meses y los costos del sistema Centro eran muy inferiores al costo del tratamiento hospitalario. Comprobada eficacia y eficiencia del sistema, la Corporación para la Nutrición Infantil inicio la tarea de implantar este Plan Piloto a nivel nacional y surgió el Programa de Centros Cerrados de Recuperación.

### Metodología

La metodología de trabajo de los Centros Cerrados de Recuperación Nutricional ha sido previamente presentada (12). Casos de desnutrición primaria en lactantes, detectados a nivel del S.N.S son referidos a estos Centros para ser tratados por un equipo de salud que incluye médico, nutricionista, enfermera, educadora de párvulo, asistente social, auxiliares de enfermería y nutrición y trabajadores voluntarios. La actividad de dicho equipo de salud está orientada tanto a la recuperación del niño como de su grupo familiar. Las acciones directas sobre el niño se desarrollan en un ambiente físico que tiende a protegerlo de agentes agresores externos y en particular de infecciones y que al mismo tiempo, a través de una adecuada ambientación y ornamentación, mantiene una tónica constante de estimulación psicosenso-rial. En esto, los Centros son diametralmente diferentes de las salas convencionales de un Hospital Pediátricos. Las acciones directas sobre el niño incluye atención pediátrica general, alimentación adecuada y estimulación psicomotora permanente a través de actividades tanto individuales como grupales y a través de un ambiente de cariño y afecto creado por los miembros del equipo de salud y en particular entre ellos, por las trabajadoras voluntarias.



La recuperación del niño toma en promedio alrededor de 150 días. Durante este período se trata de integrar al máximo a los padres al tratamiento del menor, manteniendo las puertas del Centro abiertas a sus visitas, sin restricción de las mismas a días u horas determinadas y estimulando la participación de la madre y en lo posible del padre en la atención directa del niño.

Esta integración de la madre - y ojalá del padre - al tratamiento del niño es fundamental para iniciar la "recuperación" del grupo familiar que está orientada a corregir o eliminar dentro de dicho grupo aquellos factores que directa o indirectamente actuaron como causales de desnutrición.

En la labor hacia el grupo familiar participa la totalidad del equipo de salud (profesionales, auxiliares y voluntarias) en una acción que es coordinada por la Asistente Social del Centro.

Fundamental en la acción sobre el grupo familiar es la educación y capacitación de los padres, a fin de entregarles elementos suficientes para permitirles un mejor y más independiente manejo frente a los principales problemas a que se ven abocados. Esta labor educativa a cargo principalmente del equipo profesional de los Centros, se realiza tanto a través de actividades individuales como de grupo y comprende la entrega de contenidos en alimentación y nutrición infantil, saneamiento básico; estimulación psicosensorial precoz; planificación familiar; alcoholismo; educación sexual y utilización de los recursos de la comunidad (salud, educación, alimentación, etc.). A través de esta acción educativa se puede lograr que los padres tomen conciencia del problema que los afecta y de la participación que les cabe en su solución. Junto con la labor educativa y en acción también coordinada por las Asistentes Sociales del Centro, se orienta y guía a los padres a la búsqueda de soluciones aunque sean sólo paliativas

a los problemas que los afecta, en particular problemas de vivienda, trabajo, educación y salud. Dado que la búsqueda de soluciones a este tipo de problemas excede las posibilidades de acción de CONIN, ella se realiza en coordinación con otras instituciones y organismos que persiguen objetivos similares y que operan tanto en el sector público como privado.

Entre otros, acuerdos de acción coordinada existen con: Servicio Nacional de Salud (SNS), Dirección de Asistencia Social y Oficina de Emergencia; Consejo Nacional de Menores (CONAME); Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI); Diversas Organizaciones de Voluntariado; Obra Filantrópica y Acción Social Adventista (UFASA); CARE; Agencia Internacional para el Desarrollo (AID); Instituto Nacional de Capacitación (INACAP); Universidades, grupos religiosos, Asociación de Protección a la Familia (APROFA), etc.

Las intervenciones realizadas sobre el grupo familiar deben estar encaminadas a cumplir los objetivos básicos de crear nuevas expectativas, dignificar la condición humana, mejorar la autoestima y reestructurar el grupo familiar. Para conseguir estos objetivos es necesario excluir de estas intervenciones el sentido de paternalismo o caridad y hacer que los sujetos y autores del cambio sean precisamente los padres de los niños tratados. La tarea no es fácil y los logros no son siempre espectaculares. En alrededor de un 8% de los casos no se logra modificar la situación del grupo familiar para llevarla a un nivel que haga posible que el niño continúe un proceso de desarrollo normal después del egreso del Centro. Dichos niños se entregan en adopción o se envían a Instituciones para menores de situación irregular (Casa Nacional del Niño y Fundación Niño Chileno). Dentro de su línea de acción social, CONIN ha realizado durante los últimos dos años programas de capacitación ocupacional que benefician no sólo a las familias de los niños atendidos en los Centros sino que a comunidades de extrema pobreza

que constituyen poblaciones en alto riesgo de desarrollar desnutrición. Estos cursos están destinados a mejorar las posibilidades de los padres para ingresar al mercado laboral. Es así como en 1978, alrededor de trecientas madres a los largo de Chile, recibieron capacitación como manipuladoras de alimentos y actualmente se están apoyando y orientando en la ubicación de oportunidades de trabajo. De igual manera por ejemplo, se ha iniciado la capacitación de los padres en la entrega de servicios básicos como electricidad y gasitería y otros. En dichas actividades, CONIN ha operado en coordinación con el Servicio Nacional de Capacitación e Empleo (SENCE) y el Instituto Nacional de Capacitación Profesional (INACAP). La acción de capacitación de CONIN ha comprendido también cursos teóricos en alimentación, nutrición y planificación del presupuesto familiar y técnica culinaria. Estos cursos han estado dirigidos al sector de obreros industriales y sus cónyuges por considerar que en ellos existe, frente a un ingreso estable pero limitado, el riesgo de desnutrición infantil (28% de los niños que atendemos en los Centros del Area Metropolitana son hijos de obreros). Hasta el momento han participado en dichos cursos alrededor de 1.000 obreros del Area Metropolitana y sus cónyuges.

En todas estas experiencias hemos podido comprobar una gran capacidad de respuesta de los grupos a los cuales ellas estaban dirigidas. Esta capacidad de respuesta se ha evidenciado también en otras dos intervenciones: El Programa de Huertos y Minigranjas Familiares (12), realizados por CONIN y el Proyecto de Saneamiento Ambiental, realizado por CONPAN (14) en una población marginal de Santiago. Ambas intervenciones se han realizado cumpliendo los mismos cinco objetivos básicos ya señalados.

El proyecto de Huertos y Minigranjas Familiares se ha extendido a alrededor de 200 familias de sectores marginales urbanos y del sector rural. Las familias

debidamente capacitadas pueden llegar a producir en un sitio de no más de 90 m<sup>2</sup>, alimentos que proporcionen alrededor del 30% de los requerimientos calóricos y el total de los requerimientos proteicos del grupo familiar. Todo el trabajo es hecho por la propia familia y la cantidad de alimentos producidos en un período de 10 meses es equivalente a un ingreso de más o menos US\$ 500.- lo que más que duplica el ingreso de las familias participantes. Aún de mayor interés son los resultados que este proyecto parece tener en términos de producir un cambio de actitud del grupo familiar que se traduce en iniciativas que conllevan cambios de hábitos higiénicos (autoconstrucción de letrinas sanitarias), mejoría de la vivienda y de las relaciones familiares, etc.

Un resultado similar se ha observado en el Programa de Unidades Sanitarias para familias de extrema pobreza.

Con el objeto de mejorar las condiciones sanitarias de la vivienda, se diseñó una unidad sanitaria familiar constituida por un baño con agua caliente y fría, una cocina y un lavadero. Se ofreció esta unidad a 200 familias de extrema pobreza, cuyas condiciones sanitarias eran deplorables. Las 200 familias que aceptaron el programa, se comprometieron a pagar su costo real en 15 años. Dicha unidad se entregó conectada a los servicios de alcantarillado y agua potable, cuya estructura ya estaba construida en las calles. Dichas unidades estaban diseñadas en tal forma, que posteriormente la familia podía construir por sí misma el resto de la vivienda definitiva adosada a ella.

Seis meses después de entregadas dichas unidades a las familias, se realizó una evaluación del impacto que ellas produjeron (impacto en el estado nutricional de la familia y en el mejoramiento de sus expectativas). Así por ejemplo, a los seis meses, el 38% había construido sus viviendas definitivas, sin que hubiera

habido intervención o ayuda; el 52% realizó arreglos menores, pero significativos de la vivienda. Este resultado fue estimado como extraordinariamente positivo y evidentemente que significó un aumento de las expectativas y de la autoestima. Cabe señalar, que durante 8 años, en este grupo de 200 familias, no se había notado cambio positivo alguno. Como consecuencia de ello y, sin que mediara intervención, se organizó una junta de vecinos, un centro de madres y un club deportivo.

La enorme capacidad de respuesta evidenciada a través de estas intervenciones por grupos que aparentemente parecen impenetrables en su marginalidad, plantean la posibilidad de la extensión de los mismos a nivel nacional. CONIN está realizando esfuerzos en este sentido que se canalizan a través de la infraestructura nacional ya existente. Para realizar esta tarea es fundamental el trabajar en estrecho contacto con las estructuras que el Estado ya tiene en su acción de desarrollo social y con el apoyo de otros sectores de la comunidad nacional. Cualquiera de estas intervenciones aisladas pueden servir como etapa inicial o de entrada de un programa de desarrollo más integral para los sectores marginales; en nuestra experiencia, el niño con desnutrición severa es en este sentido de gran valor. No sólo nos lleva a la identificación de las familias de extrema pobreza, sino que el proceso de su recuperación nos sirve para atraer a los padres, mostrarles a través de esta recuperación la anomalía de su situación de miseria, ganar su confianza y sensibilizarlos a la admisión de otras acciones y cambios que lo sacarán finalmente de su situación de marginalidad. Estas acciones en etapas posteriores, deben incluir actividades de estructuración y planificación familiar, elevación del nivel nutricional y de salud de toda la familia; desarrollo de programas de educación que vayan desde la educa-

ción básica y alfabetización, a la capacitación ocupacional y capacitación en sistemas de autoproducción de alimentos y mejoramiento y autoconstrucción de la vivienda, etc.

### El Programa de CONIN y la Participación de la Comunidad

El programa de CONIN que ha tenido un desarrollo explosivo en el curso de los últimos tres años, ha sido realizado gracias al apoyo brindado por múltiples sectores de la comunidad nacional.

El programa cuenta con el apoyo amplio de las autoridades de gobierno porque apunta a la solución de un problema real y porque complementa los planes de salud, nutrición y acción social que él realiza. El Gobierno a través del Ministerio del Interior, Intendencias y Municipalidades ha contribuido en forma importante a la construcción de los Centros de Recuperación Nutricional y/o a la adaptación de edificios pre existentes para tal objeto.

La operación de los Centros es también subsidiada en forma importante por el Gobierno a través del Servicio Nacional de Salud. Cada uno de los Centros trabaja además en íntima relación con los Hospitales de dicho Servicio en los cuales se atiende las patologías mayores que lleguen a presentar los menores internados en los Centros de CONIN, y los cuales proporcionan además otros servicios técnicos que apoyan y hacen más eficiente la labor de los Centros. Ya hemos mencionado previamente el apoyo que diferentes instituciones de acción social del Gobierno proporcionan a la labor de rehabilitación de las familias de los niños tratados en CONIN.

Quizás uno de los aspectos más destacados del Programa de CONIN ha sido la participación de las Comunidades Locales en el desarrollo de los diferentes Centros. Ello se ha reflejado en una importante contribución financiera al mismo y aún

mejor, en la organización de grupos de Comunidad que apoyan el desarrollo y operación de los Centros dedicando a ello gran cantidad de tiempo y trabajo en forma totalmente gratuita. La necesidad de tratar el urgente y dramático problema de la desnutrición grave es claramente sentida por muchas comunidades y de hecho, algunos ya tenían Centros de Recuperación Nutricional en operación, antes de la llegada del Programa de CONIN.

Estos Centros operados con gran esfuerzo y muy exiguos recursos se incorporaron a nuestro Programa a fin de recibir una adecuada dirección técnica y los recursos necesarios para una operación eficiente. La participación de la comunidad organizada ha sido de gran importancia en la etapa de cristalización de la idea a nivel local y en las etapas de construcción y habilitación de cada uno de estos Centros.

En esta etapa, fuera del aporte financiero o de los materiales necesarios, se ha obtenido el apoyo técnico y profesional necesario también en gran parte, en forma gratuita.

Durante la etapa de operación de los Centros el aporte de la Comunidad bajo la forma de trabajo voluntario es también extraordinariamente valiosa. Alrededor de 4.000 voluntarias trabajan actualmente en los 30 Centros de CONIN. Dentro de los Centros el rol fundamental de las voluntarias es el de proporcionar a los niños el afecto y cariño que son tan esenciales para su recuperación y el extender las labores del equipo profesional y técnico siguiendo las instrucciones recibidas por los diferentes miembros de dicho equipo y bajo la supervisión de ellos.

El Voluntariado es también de gran importancia en la labor que se realiza con el grupo familiar del niño en tratamiento y multiplican a este nivel la acción de la Asistente Social.

En comunidades rurales, voluntariado de terreno asume la responsabilidad de detectar y referir al Centro los casos de desnutrición severa y de realizar el control de los niños egresados del Centro, así como también el de realizar una labor educativa hacia la comunidad que por su lejanía del Centro Nutricional no puede ser alcanzado regularmente por el equipo profesional del Centro. La juventud también se ha incorporado a nuestro Programa y voluntariado juvenil da atención a los numerosos niños de nuestros Centros durante los fines de semana y días festivos. Estos voluntarios de ambos sexos, se reclutan de entre los alumnos de últimos años de enseñanza media.

Fuera del trabajo directo con el niño y/o con el grupo familiar, el voluntariado es muy importante en otras labores de apoyo al Centro, cuales son la búsqueda y generación de recursos económicos y de elementos de consumo o para mejorar la vivienda, beneficio que va directamente en favor de los niños y sus padres.

Habiendo ya casi completado la infraestructura de Centros a lo largo del país se hace necesario en esta etapa la descentralización, en lo posible, en lo que se refiere a la administración de ellos y, organizar el compromiso de la comunidad local. A tal efecto estamos creando a nivel de cada Centro un Comité Local que organice esta contribución de la comunidad, dirigiéndola hacia los objetivos del Centro y que sirva de nexo entre éste y CONIN Central. Estos Comités ayudan a la administración de los Centros, supervigilando el cumplimiento del programa y controlando su movimiento financiero, e implementan a nivel local acciones destinadas a obtener recursos adicionales y comprometer a la comunidad en el Programa de CONIN.



El efecto catalizador que tiene este Programa en el proceso de organización comunitaria ofrece un enorme potencial para la canalización de una serie de actividades que realmente contribuyan a elevar el nivel de vida de los grupos más desposeídos de nuestra sociedad.

#### Evolución Estado Actual y Resultados Obtenidos

Finalizado el Proyecto Piloto hacia fines de 1976, el programa pasó a implementarse a nivel nacional y se ha extendido en el curso de los últimos 30 meses a una extraordinaria velocidad. Es así como de un total de 110 camas y tres Centros en funcionamiento a comienzos de 1977, a fines del primer semestre del mismo año se disponía de 300 camas y un total de 10 Centros funcionando en diferentes regiones del país. Hacia fines de 1977 se disponía de 15 Centros con una capacidad total instalada de 670 camas y actualmente se cuenta con 30 Centros y una capacidad total instalada de 1.200 camas. La proyección del Programa es alcanzar a fines de 1980 un total de 30 Centros con una capacidad total instalada de 1.500 camas.

Entre enero de 1977 y septiembre de 1979 han ingresado a los Centros un total de 4.495 niños y han egresado un total de 3.043. Sobre el total de egresos, 2.549 (84%) lo han hecho completamente recuperados; 154 (5%) han sido dados de alta con diagnóstico de desnutrición secundaria; 205 (7%) han sido retirados de los Centros por los padres antes de completar el tratamiento y 58 (2%) han sido dados de alta por haber completado un periodo máximo de estadía en los Centros (180 días) aún sin haberse recuperado completamente en su estado nutricional. Sólo 145 niños (5%) han fallecido durante el tratamiento.

En términos de recuperación nutricional los resultados obtenidos van mucho más allá de lo que podría esperarse para la gravedad de los casos que se tratan en los Centros. Si se excluye del total de egresos aquellos casos que corresponden a desnutrición secundaria y aquellos que son retirados prematuramente por sus padres, el porcentaje de recuperación es de un 95%. Con respecto a la mortalidad observada en el tratamiento entregado en los Centros, ella ha sido de tan sólo un 5% de los egresos y sólo de un 3% sobre el total de niños que han ingresado hasta ahora a los Centros. Dicha mortalidad es 10 veces menor que la observada con tratamiento tradicional en Hospitales Pediátricos. Desde el punto de vista de su desarrollo psicomotor la generalidad de los niños muestran avances significativos durante su estadía en los Centros y este progreso continúa posteriormente en su hogar. Este hecho más el que sólo un 1% de los niños egresados recuperados requieran reingreso a los Centros por haber recaído en formas severas de desnutrición, mientras que en la inmensa mayoría de los casos continúan un crecimiento y desarrollo normal después del alta, indican claramente la efectividad del trabajo que se realiza con el grupo familiar de estos niños a pesar de las limitaciones de recursos existentes. Esta impresión es confirmada por un estudio de 200 casos de egresos recuperados de dos Centros del Area Metropolitana y de un Centro de provincia, que cubre una extensa área rural (Rancagua). El 78% de los niños egresados de dicho Centro se encontraban cumpliendo su programa de control y entre ellos, el 42% de los casos mantenía su estado nutritivo normal, sufriendo el resto, sólo leves grados de deterioro.

### Conclusiones

- El Programa de Centros de Recuperación Nutricional en Chile ha demostrado ser una mejor alternativa que el tratamiento tradicional en Hospitales Pediátricos, para el lactante con desnutrición grave, tanto en términos de resultados y permanencia de estos, como de costos.
- En términos de actividades que tienden a incorporar a la sociedad y su desarrollo a los grupos más marginados, el lactante con desnutrición grave cumple una doble función: servir de instrumento de detección de dichos grupos marginados y, a través de su adecuada recuperación, servir de agente motivador y de apertura del grupo familiar a otros cambios y a mejores expectativas.
- Una institución privada (CONIN) ha sido capaz de implementar un programa nacional sin recargar presupuestariamente ni en términos administrativos, la acción del Gobierno. Esto ha sido posible gracias a la amplia aceptación que ha tenido el programa en múltiples sectores de la comunidad nacional.
- Instituciones como CONIN, trabajando en estrecho contacto con las estructuras que el Estado ya tiene en su acción de desarrollo social, podrían tener un impacto definitivo en la erradicación de la pobreza extrema.

## DESARROLLO SOCIAL INTEGRADO. PLAN DE ACCION PARA LOS NIVELES DE MARGINALIDAD ABSOLUTA

### SUMARIO

Los antecedentes y programas aquí planteados son el resultado de numerosas investigaciones realizadas por profesionales pertenecientes a tres instituciones que han trabajado coordinadamente:

A.- Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile (INTA).

B.- Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición (CONPAN)

C.- Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN)

Se plantea la necesidad de un programa integral de desarrollo social, para aquellos grupos de marginalidad absoluta, en los que el Estado ha sido ineficiente en alcanzar a través de los mecanismos convencionales de redistribución del ingreso. Se plantean mecanismos para incorporarlos paulatinamente al sistema de desarrollo social y económico del país.

### ANTECEDENTES GENERALES

La estabilidad de una sociedad, depende básicamente de la calidad de vida que se haya alcanzado en ella. Las desigualdades extremas, constituyen un alto riesgo de inestabilidad. Cuando se logran satisfacer eficientemente las necesidades básicas de alimentación, salud, vivienda, educación y justicia, se estructura un verdadero sistema que asegura la estabilidad social.

El lograr satisfacer esas necesidades básicas, depende de que existan los recursos necesarios para ello. Es decir el desarrollo social depende de que exista también un desarrollo económico mantenido y estructurado sobre bases sólidas. En esta forma, el desarrollo económico y el desarrollo social son interdependientes.

En la realidad del mundo de hoy, existen diferentes grados de desarrollo económico. En casi la mitad de la población del mundo, la situación es desesperada, ya que el ingreso "per cápita" es menor de 300 dólares anuales. Pocas posibilidades tienen esos países de elevar su nivel de vida, si su desarrollo económico es tan rudimentario.

En otras partes, en cambio, se han producido avances rápidos y sustantivos, sobrepasando los ingresos "per cápita" los 3.000 dólares anuales. Ellos representan aproximadamente el 20% de la población mundial.

Chile se encuentra entre el grupo de países de desarrollo intermedio, habiendo alcanzado un ingreso "per cápita" de 1.100 dólares anuales, durante el año 1978. Durante las últimas décadas, el crecimiento económico, ha sido lento en relación a los países de rápido desarrollo, que se han distanciado progresivamente (1). Ello ha sido causa de crecientes tensiones sociales, que aprovechadas por los "buscadores de poder" terminaron en un caos económico y social en el año 1973.

Es evidente que Chile posee recursos naturales más que suficientes, que bien utilizados pueden permitir un desarrollo económico más acelerado (2). Posee también un cierto nivel tecnológico, que puede

desarrollarse, creando o adaptando nuevos conocimientos indispensables para el desarrollo económico.

En los últimos años, ha variado su estrategia de desarrollo económico, asentándose sobre bases más sólidas y pragmáticas. Se ha dejado a un lado la estrategia de un desarrollo hacia adentro, por un desarrollo hacia afuera, tratando de optimizar al máximo el uso de sus ventajas comparativas e introduciéndose en el mercado internacional. Todo ello basándose en la libre empresa y eliminando el excesivo proteccionismo estatizante.

Los resultados obtenidos en este corto período de tiempo, señalar avances substantivos y demuestran la enorme potencialidad del país, de continuarse con estrategias semejantes. Llama la atención la capacidad de adaptación del sector empresarial, que ha sabido optimizar su producción, adaptándose a la competencia nacional e internacional y logrando rebajar costos buscando nuevas tecnologías y desarrollando nuevos mercados. Las expectativas de un crecimiento económico rápido y sostenido son evidentes.

Aún cuando se puede ser optimista, es necesario reconocer riesgos externos e internos que pueden bloquear este desarrollo. El mayor riesgo interno, es la probable inestabilidad social. Si bien es cierto que en las primeras etapas un Estado fuerte puede garantizar una cierta estabilidad social, ello no puede ser permanente. Necesariamente tiene que producirse un efectivo y eficiente desarrollo social, que vaya paralelo al desarrollo económico o que aún lo sobrepase. Las grandes desigualdades sociales constituyen una peligrosa brecha, que utilizan muy efectivamente los buscadores de poder en

su propio beneficio. Si ello sucediera, se volverían a cerrar nuevamente las expectativas de desarrollo económico y por lo tanto desaparecerían las expectativas de mejorar la calidad de vida a corto plazo.

En la actualidad existen en Chile amplios sectores que viven en condiciones de extrema pobreza, incompatibles con los más mínimos requerimientos que exige la dignidad humana. En un estudio realizado por la Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN), con datos correspondientes al censo de 1970, concluye que aproximadamente el 20% de la población se encuentra en esta situación (3).

Sin lugar a dudas que el Estado tiene la mayor responsabilidad en los programas de desarrollo social, pero el problema interesa a la comunidad entera, ya que de ello depende su propia seguridad y posibilidades de progreso.

Convencionalmente, el Estado dispone de dos mecanismos básicos, para lograr una mejor distribución del ingreso y por ende alcanzar una mejor calidad de vida:

- a.- Incrementar los ingresos de los trabajadores, mediante una adecuada legislación salarial y laboral, desarrollando una sindicalización libre y protegida de los buscadores de poder ajenos a ella.
- b.- Obteniendo recursos por la vía impositiva de aquellos grupos de mayores ingresos y luego destinando estos a la implementación de servicios básicos, que penetran a la comunidad entera (servicios de salud, educación, vivienda, saneamiento ambiental, nutrición, etc.)

Tradicionalmente se ha pensado que a través de estos dos mecanismos, el Estado podría disponer de herramientas útiles, que alcanzarían a más y más gentes con estos beneficios, en la medida que el desarrollo económico lo permitiera. Sin embargo, la realidad no ha sido esa, dado que la experiencia ha demostrado que la penetrabilidad de los diferentes estratos de la sociedad, es decreciente en la medida que se desciende en ellos. Los beneficios sociales que el Estado puede ofrecer son fácilmente aprovechados por los estratos medios y medios bajos, pero en cambio difícilmente alcanzan a aquellos estratos de necesidades extremas. Las razones pueden ser muchas y muy variadas, pero la evidencia histórica demuestra que un porcentaje importante de la población, se encuentra en condiciones de absoluta marginalidad económica y social y a ellos, las medidas distributivas del ingreso no benefician en absoluto.

Estos sectores marginados están constituídos por cesantes consuetudinarios, trabajadores ocasionales o trabajadores por cuenta propia muy mal remunerados. A ellos la legislación salarial no alcanza, ya que nunca han tenido salarios. Tampoco les es útil la legislación laboral, ni tiene sentido la sindicalización. A estos sectores tampoco alcanzan los servicios básicos, como vivienda, saneamiento ambiental, salud o educación. Como resultado, viven en condiciones de alto riesgo y sub humanas.



## SIGNIFICADO DE LA MISERIA

Para comprender el porqué se perpetúa la marginalidad absoluta y por qué el Estado no logra penetrarla, es necesario analizar previamente el verdadero significado de la miseria.

Diversas investigaciones iniciadas en Chile y posteriormente confirmadas en otros países (4), han podido demostrar que la miseria llega a producir un verdadero daño "sociogénico biológico", en el individuo que lo sufre. Es este daño, el que dificulta la incorporación al proceso de desarrollo del país, manteniéndolo marginado de él. Todas las cualidades físicas y psíquicas que un individuo logra desarrollar a lo largo de su vida, son la resultante de dos factores: la información genética que todo individuo posee en el momento de nacer y las influencias del mundo que lo rodea. El individuo, en el momento de nacer, ya trae consigo un potencial genético que va a poder expresar en su totalidad, si el medio ambiente es lo suficientemente generoso, proporcionándole condiciones de vida adecuadas. alimentación equilibrada y estímulo afectivo e intelectual que permita un desarrollo integral. En el caso de la marginalidad y de la miseria, estas condiciones no se dan; por el contrario, son acompañantes permanentes de la miseria, la enfermedad, la desnutrición y la pobreza intelectual del medio ambiente. Existen diferentes estudios que señalan, por ejemplo, que la baja estatura es la resultante de la desnutrición y la miseria. Los individuos que están en estas condiciones presentan además una escasa resistencia física y fatigabilidad precoz, y lo que es más grave, un significativo retardo de sus capacidades intelectuales. En un estudio realizado en la

ciudad de Santiago, en que se determinó el nivel intelectual de las madres pertenecientes a dos grupos socioeconómicos diferentes, se puede ver una diferencia importante. El primer grupo, estaba constituido por esposas de obreros de ocupación estable y que podían ser catalogables como pertenecientes a un estrato medio bajo. El otro grupo, estaba formado por madres que vivían en muy malas condiciones socioeconómicas, en un tugurio de Santiago. En el primer grupo, sólo un 4% de las madres presentaban un cociente intelectual menor que lo normal. Mientras que en el segundo, un 77% de las madres presentaban una franca deficiencia mental (5). Estas cifras alarmantes han sido confirmadas por numerosos otros investigadores. El submundo de la miseria daña al individuo. El medio ambiente comienza a intervenir, inclusive antes de que nazca. Así por ejemplo, la mala nutrición de la madre durante el embarazo, repercute en el feto que tiene en sus entrañas, produciendo un menor crecimiento y dañando su desarrollo cerebral, lo que parece ser definitivo. Después de nacer, lo frecuente es que la situación no mejore, sino que por el contrario, el medio ambiente se torne aún más adverso. Por una parte, la subalimentación continúa pesando negativamente sobre el desarrollo físico y psíquico y por otra, el pauperismo cultural constituye un medio ambiente muy precario para el desarrollo intelectual del niño. Los primeros años de vida, son de una importancia fundamental. Durante esta época de intenso aprendizaje, en que el niño comienza la exploración del mundo que lo rodea, se encuentra en un medio ambiente gris y aplastante, que no estimula su imaginación si exacerba su curiosidad y, por el contrario, le produce

una tremenda inseguridad. Sólo como ejemplo, basta señalar que una madre promedio, de una población marginal, sólo utiliza 180 palabras para su conversación y comunicación diaria. El mundo en estas condiciones es muy restringido, la información ajena a su medio no existe, sus temas de conversación son concretos y contingentes y sólo se refiere a su micromundo que lo rodea. No existe el proceso psíquico de abstracción, no hay proyección hacia el futuro. Las relaciones interfamiliares son muy primitivas, el afecto es escaso, la imagen del padre no existe o está muy deteriorada. La relación entre padre e hijo es muy débil, la estructura familiar es distorsionada. El niño nace y se desarrolla en un ambiente de inseguridad y carente en absoluto de estímulo, limitando así sus posibilidades físicas y psíquicas. Si más tarde ingresa a la educación primaria, su rendimiento será muy pobre y lo probable es que abandone la escuela, sin ni siquiera terminar su educación primaria. De allí en adelante, se continuará con el ciclo de la miseria, transmitiendo esta situación de una generación a otra.

Todos los factores condicionantes del submundo de la miseria y de la marginalidad, actúan negativamente sobre el individuo, deteriorándolo orgánica y psíquicamente. Su situación de salud no es normal, siendo lo más grave el deterioro psíquico que incapacita al marginado para poner fin por sí mismo a la miseria. Para el que nació en la miseria, esa situación es normal y lo probable es que haya sido hijo y nieto de miserables. Para él no es prioritario salir de esa condición, ni tampoco tiene los medios o la información necesaria para ello.

### ESTRATEGIA DIRIGIDA A LOS GRUPOS DE MARGINALIDAD ABSOLUTA

Todos los antecedentes analizados anteriormente contribuyen a explicar la dificultad de incorporar a los grupos de miseria extrema al proceso de desarrollo social y económico. Plantean también la necesidad de elaborar una estrategia adicional a la ya convencional de redistribución de los ingresos. El Estado puede y debe redistribuir ingresos, por medio de la legislación salarial y laboral, pero hay que tener presente que por debajo del nivel de obrero con trabajo estable, existe todavía otro estrato social más bajo, a los que esta legislación no beneficia en absoluto.

El Estado debe también organizar servicios básicos que traten de alcanzar en forma eficiente y prioritaria a los grupos más desposeídos. Para ellos debe estar conciente de las dificultades y razones que hasta ahora han impedido llegar en forma eficiente a esos grupos. Pero paralelamente a estas medidas, debe desarrollarse otra estrategia, complementaria y global, destinada específicamente a aquellos grupos de marginalidad absoluta. Mediante ella, deben desarrollarse programas que despierten nuevas expectativas y que proporcionen herramientas necesarias de conocimiento y capacitación que ayuden a abandonar la situación de miseria en forma progresiva. Las intervenciones específicas, que complementan dichas estrategias, deben diseñarse para cumplir por lo menos cinco objetivos fundamentales: a) Crear nuevas expectativas, demostrando que la situación de miseria es anormal. b) Mejorar la dignidad humana e incrementar la autoestima. c) Capacitar al individuo, al nivel que sea posible, para que tenga mejores opciones frente al mercado laboral, d) Prevenir el daño sociogénico-biológico de nuevas generaciones y, e) Reestruc-

turar y estimular la formación de la familia como elemento básico. Este tipo de estrategia paralela no ha sido posible desarrollarla hasta ahora a través del Estado y es poco probable que lo haga eficientemente, debido a su estructura burocrática impersonal. Deben existir otros tipos de organizaciones privadas, que subsidiadas por el Estado tomen esta responsabilidad.

#### NECESIDAD DE INDICADORES APROPIADOS

La organización de servicios básicos, aunque originalmente los diversos los han diseñado para favorecer los grupos menos privilegiados, se han desviado de su objetivo sin lograr penetrar a los estratos de miseria ya descritos. Tal ha sucedido históricamente con los servicios de salud, de educación, de nutrición, de vivienda y de saneamiento ambiental. Tampoco la legislación salarial y social en general, ha beneficiado a ellos, dado que la mayor parte de las veces se trata de cesantes o de individuos con subempleos temporales o trabajadores por cuenta propia (revendedores callejeros o servicios secundarios). El análisis exhaustivo permite señalar que ello es debido a la falta de indicadores precisos que logren catalogar, no sólo los estratos de pobreza, sino que también los estratos de miseria. Este último factor parece de fundamental importancia, tanto para individualizar los verdaderos estratos de miseria, como para impedir que una determinada intervención se desvíe de su objetivo primario.

Las condiciones de vida, se pueden catalogar por los diferentes factores que la condicionan: niveles educacionales, culturales, de vivienda, saneamiento, ingresos, etc. Sin embargo, cuando se trata de beneficiar con intervenciones a los del extremo inferior, las presio

nes de grupos, subterfugios y las realidades operacionales, terminar por desvirtuar el objetivo último, lo que en definitiva significa que la intervención se desvía, beneficiando a estratos superiores (medio y medio bajo). Por otra parte, en la práctica es dificultoso y engorroso usar todos estos indicadores de condiciones de vida, tendientes a ubicar el último extremo de la sociedad. Los niveles educacionales, de ingresos, de vivienda, etc., permiten catalogar la pobreza, pero no la miseria. La pobreza, por definición, es la falta de riquezas y esos indicadores permiten individualizarla. La miseria, significa además un daño del individuo o grupo familiar que la sufre y esos indicadores no discriminan entre una y otra.

De acuerdo a lo descrito, la organización y desarrollo de servicios básicos, puede teóricamente llegar a beneficiar los estratos de pobreza, aunque cuando ésta se hace creciente (la pobreza) la penetración se hace más dificultosa. En cambio, por debajo de ellos, en los estratos de miseria, esos servicios básicos y las medidas distributivas del ingreso, llegan a no penetrar en absoluto.

Es por ello indispensable contar con indicadores valederos precisos y simples que permitan ubicar los estratos de miseria y que a través de ellos pueda lograrse el desarrollo de acciones que no se desvíen durante su implementación. Podría pensarse en indicadores que señalen el grado de daño del individuo o del grupo familiar, pero todos ellos son engorrosos, difíciles de implementar, requieren de especialistas y están sujetos a factores subjetivos.

Un indicador posible de fácil determinación, parece ser el estado nutricional y condiciones de salud de la población infantil. El es

perfectamente utilizable como indicador en el lactante y preescolar, que son los grupos de edades más afectados. El estado nutritivo de esas edades, parece ser útil para discriminar en los diversos estados de pobreza. La desnutrición del niño, representa la suma de todos los factores adversos ambientales y también el daño de la familia, que en definitiva se traduce en la imposibilidad de otorgar la protección necesaria a la próxima generación para su crecimiento y desarrollo normal.

Al examinar 540 familias, en que uno o más niños presentan una desnutrición grave (desnutrición de tercer grado), se puede observar que en ellos se concentran con alta frecuencia los factores condicionantes de la miseria: a) bajos ingresos: 95% de desempleo y subempleos (sólo el 5% de los padres de desnutridos graves son hijos de obreros con trabajo estable), sin ningún tipo de previsión. b) 98% condiciones insalubres de vivienda. c) factores educacionales, con incapacidad de las madres para cuidar a sus hijos, y desconocimiento de cómo hacerlo, junto al desconocimiento básico en educación y nutrición, agravadas por un alto índice de analfabetismo y malfabetismo o muy baja escolaridad. d) elevado número de hijos. e) deplorables condiciones de salud. Alta prevalencia de enfermedades infecciosas y trastornos digestivos y alta infestación de parásitos.

Como resultado de este estudio, se puede concluir que es perfectamente posible utilizar como indicador, para seleccionar las familias de miseria, el estado nutritivo de los hijos. Se puede afirmar que aquellas familias que poseen niños con desnutrición avanzada, de causa social, corresponden a familias de los más bajos estratos de la so-

ciudad. Es un indicador simple y objetivo, ya que basta conocer la edad y el peso de los niños, cosa que en el caso de Chile está periódicamente registrado a través de toda la estructura del Servicio Nacional de Salud.

#### CUANTIA DEL GRUPO OBJETIVO

En Chile existe desde hace 25 años, un Servicio de Salud, socializado, con una estructura relativamente eficiente que llega a cubrir el 82% del total de la población (el porcentaje no cubierto corresponde al sector de empleados y fuerzas armadas). Para ello dispone de 360 hospitales y 1.580 consultorios externos. En estos últimos se lleva un control de salud de la población infantil y de la madre embarazada y nodriza. Dicho control es regular y tiene una alta cobertura, dado que a través de esos mismos consultorios, se realiza el programa de distribución gratuita de leche y alimentos infantiles para toda la población.

Por información recogida, a través de estos consultorios se puede observar que en Noviembre de 1977, el 12.2% de los niños menores de 6 años, presentaban algún grado de desnutrición (utilizando parámetros europeos de peso para edad). De ellos, 10% presentaban una desnutrición marginal de primer grado; un 1.8% una desnutrición de 2º grado y un 0.4% una desnutrición avanzada de 3er. grado. En la Tabla N° 1, se puede ver la distribución geográfica de los niños con desnutrición de 1er. 2º o 3er. grado.

Partiendo de la base que la familia promedio chilena, consta de 5.4 personas, se puede concluir que en Chile existen 1.850.000 familias. De ellas, 115.000 tendrían uno o más niños con desnutrición



de 1er. grado; 23.000 familias tendrían un niño con desnutrición de 2º grado y 5.500, un niño con desnutrición de 3er. grado. Los familias con desnutrición de 3er. grado y algunos con niños de 2º grado, corresponderían a lo que llamamos los estratos de miseria.

#### ACTIVIDADES REALIZADAS

##### 1.- Individualización y recuperación del niño con desnutrición grave.

La Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN), una fundación privada sin fines de lucro, se ha encargado de estructurar un programa de recuperación de los niños con desnutrición grave a lo largo del país.

En Chile, durante los últimos años, se ha logrado un avance sustantivo en la prevención de la desnutrición infantil, pero al mismo tiempo la edad de mayor riesgo se ha desplazado al primer año de vida. Ello debido básicamente a la urbanización creciente y a la simultánea disminución de la lactancia materna. Así por ejemplo, en la Tabla 2, se puede observar como ha disminuido la mortalidad infantil y del preescolar, pero la relación entre una y otra, demuestran un mayor desplazamiento del riesgo hacia el primer año de vida.

En la actualidad, el 88% de los desnutridos graves, son menores de un año de edad y de ellos, el 76% son menores de seis meses de edad (Tabla 3). Del mismo modo, en 1940, el 65% de los niños con desnutrición grave podrían catalogarse clínicamente como kwashiorkor. En la actualidad el kwashiorkor casi ha desaparecido y la totalidad de los niños con desnutrición grave son típicamente marásmicos. Este cambio de prototipo en la desnutrición pasa a ser un fenómeno habitual en aquellos países de urbanización creciente.

La Corporación para la Nutrición Infantil, en 1974, elaboró un programa piloto, cuyo objetivo era recuperar a los niños con desnutrición grave, como primer paso para recuperar a la familia. Cabe señalar que casi la totalidad de desnutridos graves son lactantes con alto riesgo de enfermar y de morir. Por ello se organizó un sistema de internación para su recuperación completa (5).

El extraordinario éxito observado en aquel programa piloto, llevó a extender el programa a nivel nacional. Para ello se han habilitado Centros de Recuperación a lo largo del país, desarrollando un programa de recuperación, que contempla básicamente:

- a) Alimentación adecuada en base a leche de vaca y otros alimentos preparados con gran rigurosidad técnica e higiénica.
- b) Estimulación psico-sensorial precoz, basada en los conceptos psico-evolutivos de Piaget y que han sido desarrollados por Weidert y col. De acuerdo a un curriculum específico, se desarrolló un programa de estimulación, de media hora, dos veces al día con cada niño.
- c) Tratamiento de ejercicios físicos (media hora dos veces al día)
- d) Estimulación afectiva con voluntarias, durante todo el día.
- e) Integración de la madre al tratamiento del niño.
- f) Educación de la madre, en el cuidado y estimulación del niño.

En la actualidad, la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN), recolectando recursos que provienen básicamente de la comunidad, ha logrado construir y habilitar en dos años, 26 Centros, con un promedio de 60 camas cada uno. Otros catorce se están construyendo o habilitando, faltando 14 Centros más para cubrir la casi totalidad de las necesidades del país. En la actualidad, esta organización dispone

de 1.200 camas y de una amplia base profesional (200): Médicos pediatras, nutricionistas, enfermeras universitarias, educadoras de párvulo, asistentes sociales, administrativos y 680 auxiliares de enfermería adecuadamente entrenadas. Aparte de este personal, 4.200 voluntarias a lo largo del país, contribuyen a multiplicar el trabajo de los profesionales y a proporcionar la parte de estimulación y afecto. Los gastos de operación son financiados por recursos obtenidos de la comunidad y por la "venta de servicios" al Servicio Nacional de Salud. Efectivamente, existe un convenio con el Servicio Nacional de Salud, por medio del cual, este organismo cancela el equivalente a 5 dólares por día niño hospitalizado. La recuperación completa de un niño con desnutrición de tercer grado cuesta aproximadamente 500 dólares.

Los resultados obtenidos hasta ahora, tanto en el tratamiento dentro del Centro, como en su seguimiento posterior en la casa, han superado las expectativas. Las ventajas observadas pueden resumirse en los siguientes puntos:

- a) Evidente recuperación del lactante con desnutrición grave, lo que antes no se había obtenido en el tratamiento convencional en los hospitales pediátricos.
- b) Bajísimo riesgo durante el período de tratamiento, dado que la mortalidad observada hasta ahora, en 850 niños ya recuperados, es inferior al 3%. La mortalidad en los hospitales pediátricos es del 35%. Esta diferencia se explica por la alta susceptibilidad a las infecciones y la gravedad que ellas adquieren en los niños con desnutrición grave. No debe olvidarse que el hospital pediátrico, por su naturaleza es tal vez el lugar más contaminado de

la ciudad (bronconeumonias, diarreas, estafilococos, etc.) En un seguimiento realizado recientemente (1974), se pudo comprobar que los niños con desnutrición grave durante el primer años de vida, terminan por fallecer todos; o fallecen en los hospitales pediátricos o posteriormente en sus casas.

c) Motivación de la comunidad para trabajar en conjunto en la lucha contra la desnutrición y la miseria.

d) La recuperación del niño desnutrido representa la primera etapa fundamental para recuperar la familia e incorporarla al proceso de desarrollo económico y social.

d.1) La mejor y más simple forma de individualizar las familias en condiciones de miseria, es a través del niño desnutrido.

d.2) El proceso de recuperación del niño desnutrido, permite atraer a los padres, influenciar sobre ellos en hábitos de cuidado del niño y educación nutricional.

d.3) La recuperación del niño desnutrido, permite vencer la natural desconfianza de la familia en condiciones de miseria, lo que es indispensable para la posterior recuperación de la familia.

d.4) La recuperación del niño desnutrido,, permite poner en evidencia la anormalidad de la situación de miseria y hacer así conciencia de ella. Este hecho es de fundamental importancia para iniciar la recuperación de la familia en condiciones de miseria, que por lo general no tienen conciencia de la anormalidad de su situación.

d.5) El niño con desnutrición grave y que ha sido recuperado, tiene un evidente efecto demostrativo en la familia y la comu-

nidad entera, con lo que se multiplica la acción preventiva de la desnutrición.

- e) El seguimiento posterior de los 1.250 niños ya recuperados, señala que sólo el 4% de ellos no sigue subiendo bien de peso una vez devuelto a su ambiente familiar. Ello debido a la educación y motivación que recibe la madre y al mejor uso de los recursos de que se dispone (mejor uso de la leche y alimentos infantiles que recibe gratuitamente, y menor uso del presupuesto familiar). Lo que nos parece fundamental, es la posibilidad de que la madre continúe dando afecto y seguridad al niño, lo que no se logra con un niño desnutrido, que produce verdadero rechazo de la madre, agravando el círculo vicioso de la desnutrición.
- f) El tratamiento de los niños desnutridos graves en centros especializados, tienen un menor costo para el Estado, dado que el día cama en el hospital cuesta aproximadamente el equivalente a 37 dólares diarios (en el Centro el costo es de 5 dólares diarios).
- g) El tratamiento en Centros de Nutrición, permite un mejor funcionamiento del sistema hospitalario, dado que estos niños requieren de frecuentes y prolongadas hospitalizaciones. Se ha calculado que al retirar todos los lactantes con desnutrición grave de los hospitales pediátricos, aumentaría en un 36% la disponibilidad de camas pediátricas, ya que son estos niños los que bloquean dichas camas, debido a la necesidad de largas hospitalizaciones (de promedio 120 días al año).

## 2.- Experiencia logradas en la recuperación de las familias en condiciones de miseria.-

Como ya se ha señalado anteriormente, el objetivo último del

programa, es la recuperación y cambio de comportamiento del grupo familiar. Sin ello, la recuperación del niño con desnutrición grave tendría un objetivo muy limitado. Es necesario entonces desarrollar intervenciones tendientes a lograr cuatro objetivos básicos primarios en el grupo familiar.

- a) Crear nuevas expectativas
- b) Dignificar la condición humana
- c) Mejorar la autoestima
- d) Reestructurar la familia

Especial cuidado se ha puesto en eliminar en cualquier intervención el sentido de caridad o paternalismo, por considerar que ello precisamente no favorece la obtención de los objetivos ya señalados.

Con la experiencia acumulada, podemos señalar que la tarea no es fácil y no siempre los logros son espectaculares. Debe considerarse que el nivel socio-cultural que se pretende mejorar, es extraordinariamente bajo y ciertamente esos grupos humanos constituyen el fondo de la sociedad. En su gran mayoría, ellos han sufrido un profundo daño "sociogénico-biológico", que ha alterado el comportamiento del individuo y dañado la estructura familiar. Así por ejemplo al estudiar los padres de los niños con desnutrición grave, se observa que en un alto porcentaje se trata de simple convivencia, son estructura legalizada de la familia (38%), o son hijos de madres solteras y/o abandonadas. Un 32% corresponde a hijos de madres menores de 17 años de edad. Existe también un alto índice de alcoholismo (26%) y prostitución (12%).

En algunas ocasiones, después de recuperados los niños con desnutrición grave, no es posible devolverlos a sus padres (9%) ya sea por reiterado rechazo de la madre, o por debilidad mental profunda de ella o simplemente por abandono del hijo. En tales casos, dichos niños o se entregan en adopción o permanecen en instituciones estatales, con estructuras que pretenden reemplazar a la familia (Casa Nacional del Niño, Fundación Mi Casa), En esto se está tratando de reestructurar el sistema, ya que hasta hace poco tiempo dichas instituciones sólo recibían niños mayores de 3 años, ya que casi la totalidad de lactantes con desnutrición grave fallecían antes de alcanzar los dos años de edad. Dentro del programa que se propone, está también como objetivo, el lograr mayor eficiencia en este grupo de niños en los que no es posible trabajar con la familia y deben permanecer en adopción e instituciones.

En la actualidad, se han dado de alta, devolviéndolos a sus familias, 1.250 niños. El seguimiento posterior de ellos, ha permitido comprobar que la gran mayoría de ellos no recae y por el contrario continúan creciendo y desarrollándose normalmente de acuerdo a su edad cronológica (96%). Ello se ha logrado como resultado de las siguientes intervenciones:

- a) Integración de la madre durante el proceso de recuperación dentro del Centro.
- b) Educación de la madre en el cuidado y estimulación del niño
- c) Educación de la madre para el correcto uso de servicios de salud y nutrición, que ya existen estructurados a nivel nacional (control de niño sano y vacunaciones en consultorios del SNS y correcto uso de leche y alimentos infantiles que el SNS distribuye gratuitamente),

utilización de los servicios de educación primaria y preescolar, etc. Con el grupo familiar, las intervenciones han sido limitadas y los resultados se refieren más bien a algunas intervenciones en proyectos piloto:

- i. Mejorar la vivienda y condiciones sanitarias
- ii. Proveer capacitación para tener mejor opción en el mercado del trabajo
- iii. Prevención y tratamiento del alcoholismo
- iv. Planificación y estructuración de la familia

De las intervenciones realizadas en la familia, conviene destacar como ejemplo un programa de mejoramiento sanitario y de huertos familiares. Ambos programas piloto, ya realizados cumplen con los objetivos ya señalados, de mejorar las expectativas y elevar la auto estima y dignidad humana y a través de ello, lograr mejorar actitudes.

Programas de unidades sanitarias en familias de extrema pobreza.-

Con el objeto de mejorar las condiciones sanitarias de la vivienda, se diseñó una unidad sanitaria familiar constituida por un baño con agua caliente y fría, una cocina y un lavadero. Se ofreció esta unidad a 200 familias de extrema pobreza, cuyas condiciones sanitarias eran deplorables. Las 200 familias que aceptaron el programa, se comprometieron a pagar su costo real en 15 años. Dicha unidad se entregó conectada a los servicios de alcantarillado y agua potable, cuya estructura ya estaba construída en las calles. Dichas unidades estaban diseñadas en tal forma, que posteriormente la familia podía construir por sí misma el resto de la vivienda definitiva adosada a ella.



Seis meses después de entregadas dichas unidades a las familias, se realizó una evaluación del impacto que esta unidad sanitaria produjo en la familia (impacto en el estado nutritivo de la familia y en el mejoramiento de sus expectativas). Así por ejemplo, a los seis meses, el 38% había construido sus viviendas definitivas, sin que hubiera habido otra intervención o ayuda. El 52%, realizó arreglos menores, pero significativos de la vivienda. Este resultado fue estimado como extraordinariamente positivo y evidentemente que significó un aumento de las expectativas y de la auto-estima. Cabe señalar, que durante 8 años, en este grupo de 200 familias, no se había notado cambio positivo alguno. Como consecuencia de ellos, y sin que mediara intervención, se organizó una junta de vecinos, un centro de madres y un club deportivo.

Programa de huertos familiares en familias urbanas de extrema pobreza.-

Con los mismos objetivos anteriores, en 100 familias urbanas de extrema pobreza, se realizó un programa de huertos familiares en el pedazo de terreno que circundaba la casa ( $\pm 70 \text{ m}^2$ ). El resultado fue también extraordinariamente interesante, no sólo por los alimentos que pudieron producir, sino que por el cambio de actitud del grupo familiar, que se tradujo en hábitos de higiene, mejoría de la vivienda, mayor unión familiar, etc.

Los resultados observados en estas dos experiencias piloto, demuestran que es posible lograr respuestas muy positivas del grupo familiar, siempre y cuando se elimine el concepto de caridad o paternalismo y por el contrario se estimule la auto ayuda. Las dos experiencias citadas, señalan que es posible recuperar el daño "sociogénico" de la miseria, siempre y cuando se logre elevar la autoestima y la

dignidad humana.

### MECANICA DE ACCION

El Estado, en relación al grado de desarrollo económico y a los recursos disponibles, posee diversos mecanismos por medio de los cuales puede lograr programas en el desarrollo social: a) Una mejor redistribución de los ingresos, que en el esquema actual se puede alcanzar con una apropiada legislación, al igual que una legislación salarial que salvaguarde los derechos de los trabajadores. b) El otro mecanismo redistributivo, es la organización por parte del Estado, de servicios básicos que traten de alcanzar a todos los niveles de la sociedad (educación y capacitación, vivienda, saneamiento ambiental, salud, nutrición). Ambos mecanismos han existido en el pasado, pero no han sido lo suficientemente eficientes como para alcanzar un mayor grado de penetración en los últimos sectores de la sociedad. Por el contrario, el análisis presupuestario y operativo de estos servicios básicos, demuestran una clara tendencia regresiva en favor de los estratos medios y en desmedro de los estratos bajos. Esfuerzos recientes, tratan de corregir esta tendencia en algunos de estos servicios, como educación, capacitación, salud y nutrición. Si bien es cierto que esta nueva preocupación y orientación puede mejorar la situación actual, difícilmente va a lograr penetrar eficientemente los estratos más bajos.

Los sectores más bajos son difíciles de alcanzar por encontrarse en situación de absoluta marginalidad y tanto la legislación salarial, como la organización de servicios básicos, son ajenos a ellos. En los últimos estratos, se concentra el analfabetismo, el desempleo o subempleo o el trabajo por cuenta propia muy mal remunerado (servicios

secundarios o revendedores callejeros). A ellos en consecuencia, no los beneficia los avances de la legislación salarial. Por otra parte, las condiciones de miseria en que siempre han vivido, ha llegado a constituir para ellos una situación normal, borrando toda expectativa futura y postergando en ellos la prioridad de cambio. Con propiedad se puede hablar de un verdadero daño "sociogénico biológico", como resultado de muchas generaciones de miseria, a diferencia del nivel "obrero"; en ellos no existe la capacidad de organización, ni tampoco poseen mecanismos efectivos para expresar su protesta. De los antecedentes anteriormente dados, se deduce que no es posible mejorar las condiciones de vida de estos estratos extremadamente postergados, mediante los mecanismos convencionales que el Estado ha implementado y desarrollado. Se necesita de un proceso mucho más activo y dirigido específicamente a esos grupos, de modo que se pueda extraerlos de la miseria en que están metidos, y de la que por sí solos no pueden salir.

Como mecanismo de acción se propone:

- a) Reforzar y terminar la infraestructura necesaria para la captación y recuperación de los niños con desnutrición grave. Ello tanto por la necesidad de usar al niño desnutrido como indicador de miseria, como también, a través de su recuperación, penetrar la familia e iniciar el proceso de recuperación de toda ella.

Esta labor la ha iniciado ya en forma muy eficiente la Fundación Privada CONIN, en combinación con el Estado. No parece necesario innovar fundamentalmente en esta materia y por el contrario se hace necesario reforzar el sistema hasta completar la estructura a nivel del país.

b) Paralelamente a los mecanismos distributivos ya descritos, debe existir una organización cuyo objetivo sea incorporar esos grupos de miseria a la estructura económica y social del país. Evidentemente que dicho organismo debería contar con subsidio del Estado y sus acciones deben ser tan amplias como para abarcar todos los diferentes aspectos inherentes al nivel de vida buscado para ellos: educación, vivienda, saneamiento, capacitación. Parece evidente que esta nueva institución debe trabajar en estrecha coordinación con CONIN y otras Fundaciones similares.

Dicha institución no debería constituirse en un organismo más del Estado ya que en definitiva se tornaría ineficiente en el logro de los objetivos. Debería ser una institución autónoma o privada con personal capacitado y motivado. Se sugiere el nombre de "Banco de Desarrollo Social", ya que operaría como tal, con créditos a largo plazo, de bajo interés y con diferentes grados de subsidios. A diferencia de un banco convencional, esta institución no tendría fines de lucro y necesariamente debe considerar un porcentaje de pérdida en su operación. Su acción se basaría en la "auto" ayuda y sus rubros principales serían otorgar créditos controlados para lograr los siguientes objetivos:

- i. Planificación y estructuración de la familia
- ii. Capacitación del padre y/o la madre
- iii. Saneamiento ambiental
- iv. Autoconstrucción de la vivienda

#### Educación.-

1. En el caso que sean necesario, deberán desarrollarse programas de alfabetización

2. Educación en manejo del hogar, higiene, alimentación y nutrición, cuidado de los hijos.
3. Educación para la utilización de servicios básicos existentes, como servicios de salud y educación para el grupo familiar (uso de los programas de salud y nutrición del SNS, educación del pre-escolar en jardines infantiles, educación primaria y educación secundaria o técnica).
4. Programas de huertos familiares, artesanía, trabajos del hogar (cocina, costura, etc.)

Todas estas actividades de educación podrán desarrollarse en los Centros de Recuperación Nutricional o en locales anexos.

#### Capacitación laboral.-

Deberá desarrollarse, si es posible, tanto capacitación para la madre como para el padre. Deberán instituirse becas de aprendices, para que puedan trabajar en empresas (carpintería, gasfitería, etc.) o industrias.

#### i. Planificación y estructuración de la familia.-

Como se ha señalado anteriormente, en los niveles de miseria, el grupo familiar se encuentra muy distorcionado o no existe del todo. Siendo la unidad básica de la sociedad, la familia, la primera intervención debe dirigirse hacia ella. Ella debe tender, por lo menos a los siguientes puntos:

- 1) Estructuración legal de la familia para hacerla más estable
- 2) Planificación de la familia tendiente a alcanzar la paternidad responsable
- 3) Eliminación del alcoholismo y drogas.

ii. Capacitación del padre y la madre.-

La adecuada capacitación incluye tanto los conocimientos adecuados para aprovechar las ventajas que ofrece una sociedad moderna, como también la capacitación laboral, que permita entrar con ciertas posibilidades en el mercado laboral. Cuando sea posible, capacitación para ingresar a instituciones técnicas (INCAF u otros). Pero la mayor parte de las veces, esto no sería factible por el bajo nivel educacional y cultural. Sería posible en cambio, usar un sistema de aprendices, utilizando la estructura de industrias o empresas ya establecidas. Por medio de becas podrían actuar de aprendices en diferentes rubros (carpintería, gasfitería, etc.)

iii. Saneamiento ambiental.-

El Banco deberá proporcionar un sistema de crédito para saneamiento ambiental, de modo que proporcione facilidades de baño, eliminación de excretas, cocina y lavadero. Cuando exista red de alcantarillado y agua potable, dichas unidades deberán entregarse conectadas a dichos sistemas. En caso contrario, deberán buscarse otras soluciones que tengan iguales facilidades y objetivos. El saneamiento ambiental es fundamental para asegurar las condiciones de salud, nutrición y elevar la dignidad humana. En el futuro deberá pensarse, que más importante que entregar un sitio con una "media agua", es entregar un sitio con instalaciones sanitarias adecuadas y construídas en tal forma, que posteriormente el usuario pueda construir el resto de la vivienda adosada a ella.

iv. Autoconstrucción de la vivienda.-

El Banco deberá proporcionar créditos para autoconstrucción.

de la vivienda o para introducir mejoras en ella. Dichos créditos deberán utilizarse en la compra de material de construcción y el proceso mismo de construcción deberá ser asesorado y supervisado por el Banco.

En resumen, dicho Banco, a diferencia de un banco comercial, no puede esperarse que deje utilidades comerciales y necesariamente parte de su capital de explotación deberá ser subsidiado por el Estado. La experiencia que se recoja en los niveles de miseria, será de gran utilidad para desarrollar actividades semejantes a niveles superiores a éste, donde ya no existe un daño tan severo del grupo familiar.

1

CONIN  
1974 - 1990  
CORPORACION PARA LA NUTRICION INFANTIL

CHILE EN LOS ULTIMOS AÑOS HA REALIZADO GRANDES PROGRESOS EN REDUCIR LA DESNUTRICION Y LA TASA DE MORTALIDAD EN LA POBLACION INFANTIL.

POR PRIMERA VEZ EN LA HISTORIA PODEMOS AFIRMAR QUE ESTAMOS LOGRANDO PRESERVAR NUESTRO MAS VALIOSO RECURSO: **EL RECURSO HUMANO**

CUANDO CONIN NO EXISTIA, LOS NIÑOS CON DESNUTRICION GRAVE EN SU MAYORIA FALLECIAN Y SI SOBREVIVIAN QUEDABAN SERIAMENTE LESIONADOS FISICA E INTELECTUALMENTE.

#### DISMINUCION DE LA DESNUTRICION

HACE ALGUNOS AÑOS 2 DE CADA 3 NIÑOS ERAN VICTIMAS DE LA DESNUTRICION. ESTAS CIFRAS QUEDARON ATRAS Y HOY PODEMOS MIRAR EL FUTURO CON OPTIMISMO. ACTUALMENTE TENEMOS UNO DE LOS INDICES DE DESNUTRICION MAS BAJOS DE LATINOAMERICA. SOLO UN 9% DE LA POBLACION INFANTIL MENOR DE 6 AÑOS BAJO CONTROL PRESENTA DESNUTRICION LEVE Y UN 0,1% DESNUTRICION GRAVE. ASI SE HA ROTO EL CIRCULO VICIOSO DE DESNUTRICION Y POBREZA. LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL LLEGO EN 1974 A 63, 3 POR MIL NACIDOS VIVOS Y EN 1983 A 21,8 POR MIL. EN 1989 LA TASA DE MORTALIDAD FUE DE 18 POR MIL Y DE LA DESNUTRICION DE 8,2 POR CIENTO.



## CONIN POR DENTRO

LA CORPORACION PARA LA NUTRICION INFANTIL, CONIN, NACIO EN 1974 PARA HACERSE CARGO DEL TRATAMIENTO Y RECUPERACION DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS Y DE SU GRUPO FAMILIAR.

ES UNA FUNDACION PRIVADA SIN FINES DE LUCRO, FUE CREADA POR EL DR. FERNANDO MÓNCKEBERG JUNTO A UN GRUPO DE MEDICOS COMO ALTERNATIVA PARA OTORGAR A LOS NIÑOS UNA ATENCION INTEGRAL. CONIN HA DESARROLLADO TAMBIEN, DESDE 1981 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICION EN LACTANTES CON ALTO RIESGO.



EL PROGRAMA QUE CONIN ESTA DESARROLLANDO HA SIDO EL PRODUCTO DE NUMEROSAS INVESTIGACIONES CIENTIFICAS EN ASPECTOS NUTRICIONALES Y PSICOLOGICOS REALIZADOS EN EL \* INTA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, LOS CUALES SIRVEN DE BASE PARA LA EXTENSION DE LOS PROGRAMAS A NIVEL INTERNACIONAL.

\* Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.  
Macul 5540.



# 20 CENTROS DE RECUPERACION NUTRICIONAL

LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICION: 20 CENTROS CERRADOS DE RECUPERACION NUTRICIONAL A LO LARGO DEL PAIS.

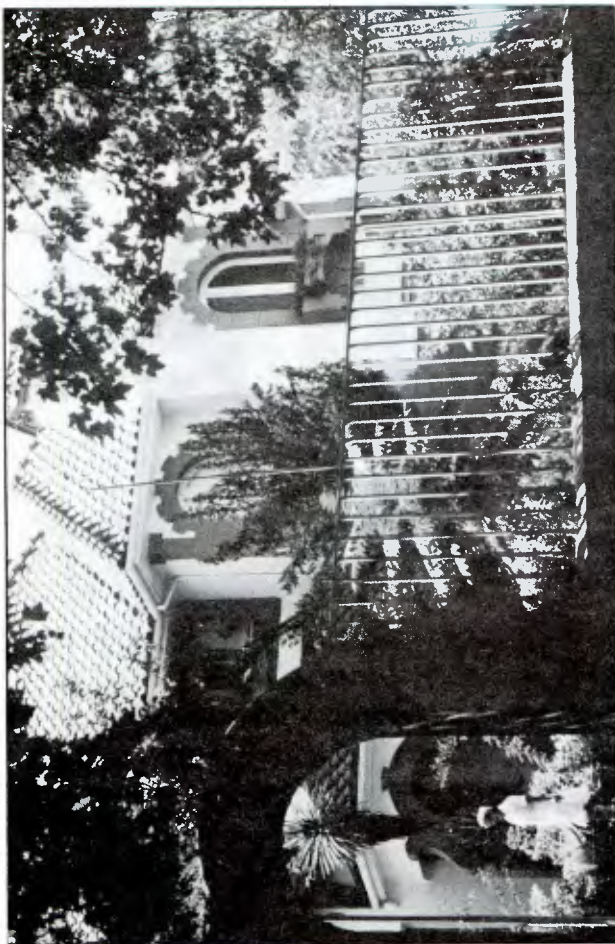
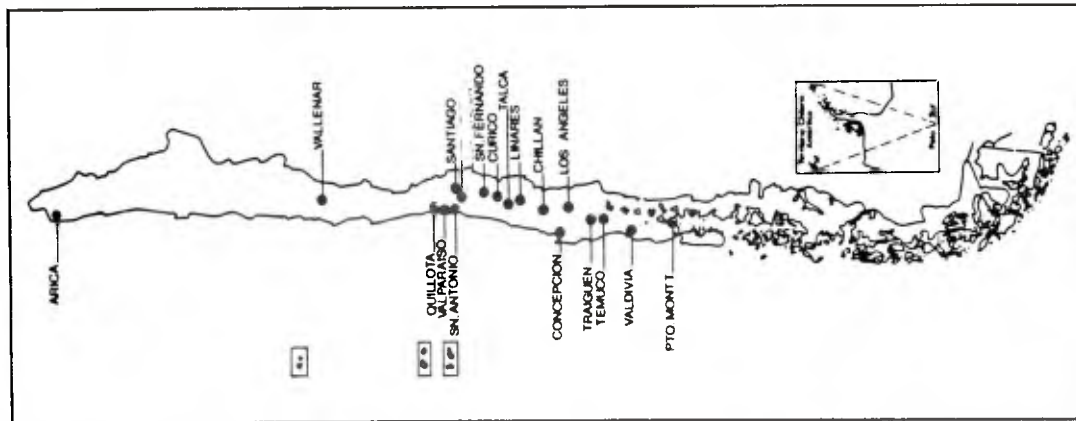
## CENTROS DE:

- ARICA
- VALLENAR
- QUILLOTA
- VALPARAISO
- SAN ANTONIO
- SAN FERNANDO
- CURICO
- TALCA
- LINARES
- CHILLAN
- CONCEPCION
- LOS ANGELES
- TEMUCO
- TRAIGUEN
- VALDIVIA
- PUERTO MONTT
- RENCA \*
- PUDAHUEL \*

## CENTROS PARA DESNUTRICION SECUNDARIA:

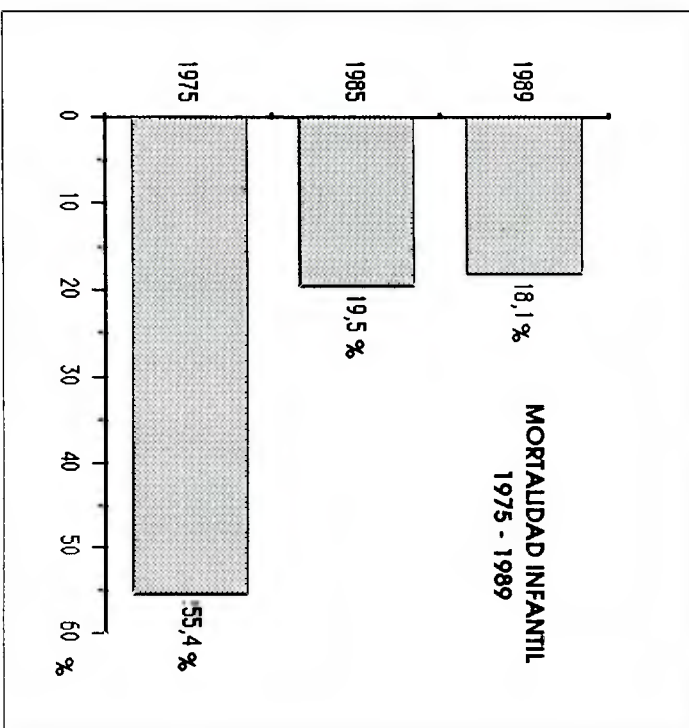
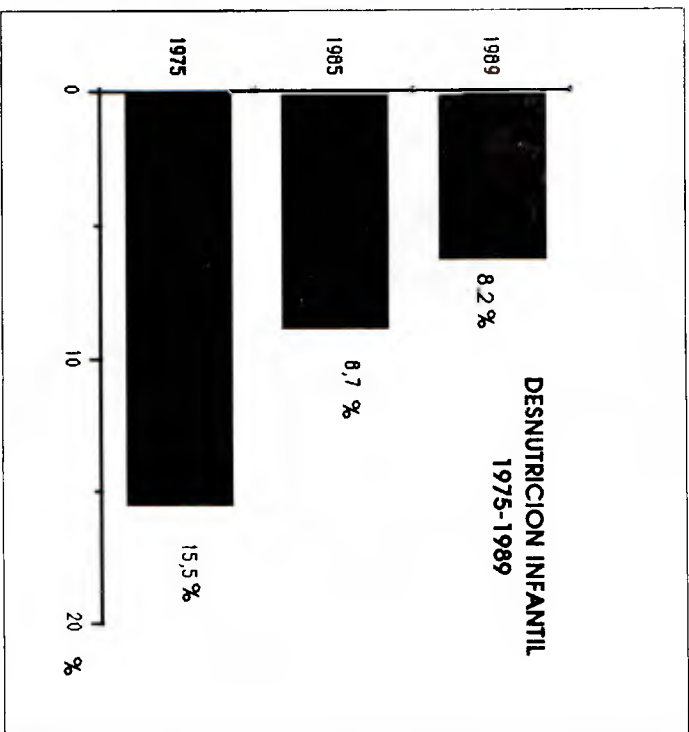
- PEDRO DE VALDIVIA \*
- VITACURA \*

\* UBICADOS EN REGION METROPOLITANA



DESDE 1975 Y CON LA AYUDA DE LA COMUNIDAD, CONIN, HA CONSTRUIDO, HABILITADO Y PUESTO EN MARCHA MAS DE 20 CENTROS CERRADOS DE RECUPERACION NUTRICIONAL (C.C.R.N.) CON 884 CAMAS DISTRIBUIDAS DESDE ARICA A PUERTO MONTT. HUBO UNA EPOCA EN QUE LLEGO A TENER 33 C.C.R.N. CON UNA CAPACIDAD DE 1.540 CAMAS (1984).

## RESULTADOS LOGRADOS POR CONIN



## NIÑOS RECUPERADOS POR CONIN

1985 - 20.000 NIÑOS RECUPERADOS  
1989 - 50.000 NIÑOS RECUPERADOS

## TRATAMIENTO

### EL NIÑO CON DESNUTRICION GRAVE

ESTA EN PELIGRO DE MUERTE. PUEDE SUFRIR PARA SIEMPRE DAÑO FISICO Y MENTAL. ES MUY VULNERABLE A CONTRAER INFECCIONES. HA SIDO PRIVADO DE ALIMENTO, AFECTO Y CARÑO.



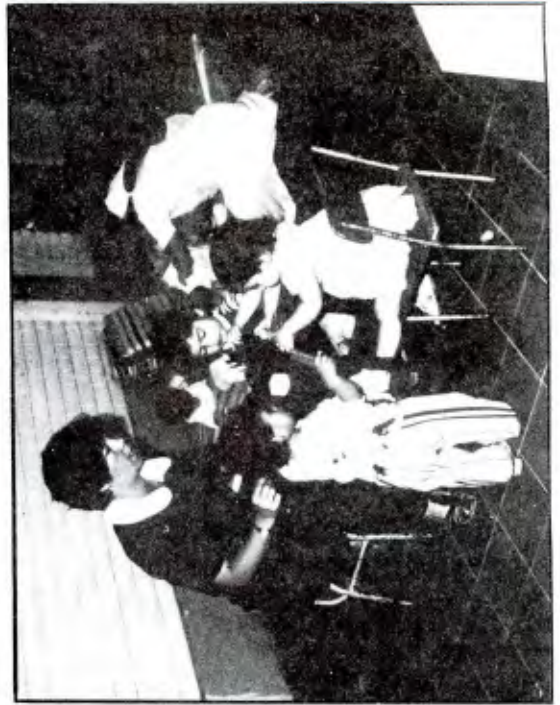
LOS NIÑOS CON DESNUTRICION SON REFERIDOS A LOS CENTROS DE CONIN DESDE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD. LA EDAD PROMEDIO DE INGRESO DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS ES DE 6 MESES. EL 72% ES MENOR DE UN AÑO DE EDAD.



### TRATAMIENTO EN LOS CENTROS

- ES INTENSIVO Y PRECOZ.
- INCLUYE REHABILITACION NUTRICIONAL Y PSICOMOTORA.
- SE HACE EN UN AMBIENTE PROTECTOR Y ESTIMULANTE DE CARÑO Y AFECTO.
- REHABILITACION SOCIAL DE LA FAMILIA.

LA ATENCION MEDICA NUTRICIONAL INCLUYE CUIDADOS PEDIATRICOS GENERALES. ATENCION DE ENFERMERIA Y ALIMENTACION A BASE DE FORMULAS LACTEAS.



LA DESNUTRICION INFANTIL ES CAUSA IMPORTANTE DE MORTALIDAD EN EL PRIMER AÑO DE VIDA. EN 1974 LA MORTALIDAD INFANTIL ERA DE UN 63.3 POR MIL Y EN 1989 FUE DE UN 19.1 POR MIL

## ESTIMULACION



INCLUYE ESTIMULACION INDIVIDUAL, GRUPAL  
BAJO TECHO Y AL AIRE LIBRE.  
EN EL PARTICIPAN ACTIVAMENTE AUXILIARES DE ENFERMERIA Y  
VOLUNTARIADO.

## ESTIMULACION

EL PROGRAMA DE ESTIMULACION PSICOMOTORA ES COORDINADO  
POR LA EDUCADORA DE PARVULOS Y FUE CREADO POR  
PSICOLOGOS Y KINESIOLOGOS EN CONIN CENTRAL.

UNA VEZ INGRESADOS, EL GRADO DE DESARROLLO PSICOMOTOR  
ES EVALUADO Y REGISTRADO CADA DOS MESES, OBSERVANDO  
PROGRESOS SIGNIFICATIVOS DURANTE EL TRATAMIENTO.





ADENTRO O AFUERA, LAS AREAS DE JUEGO SON ESENCIALES PARA LA TAREA DE RECUPERACION.



CADA CENTRO POSEE TAMBIEN UNA SALA DE REUNIONES PARA LOS PADRES. ELLOS ALLI INTERCAMBIAN IDEAS Y PARTICIPAN EN CURSOS DE CAPACITACION IMPARTIDOS POR CONIN.



UN TIPOICO CENTRO CON 60 CAMAS LAVA DIARIAMENTE UN MINIMO DE 700 PAÑALES Y GRAN CANTIDAD DE PRENDAS DE VESTIR Y ROPA DE CAMA.

## VOLUNTARIADO

VOLUNTARIADO:

DAMAS DE LILA, UN TRABAJO HECHO CON AMOR.



ALREDEDOR DE 3.100 VOLUNTARIAS TRABAJAN EN LOS CENTROS DE CONIN EN ACTIVIDADES DE: ENFERMERIA, ESTIMULACION PSICOMOTORA Y ACCIONES SOBRE LA FAMILIA. ELAS CUMPLEN UN ROL FUNDAMENTAL: ENTREGAN EL AFECTO Y EL CARINO VITALES PARA EL NIÑO.

**EN CONIN EXISTEN:**

- VOLUNTARIAS DE **CENTROS** (en acción sobre el lactante)
- VOLUNTARIAS DE **TERRENO** (en acciones sobre la familia)
- VOLUNTARIAS **COOPERADORAS** (desde su mismo hogar apoyan materialmente a CONIN)

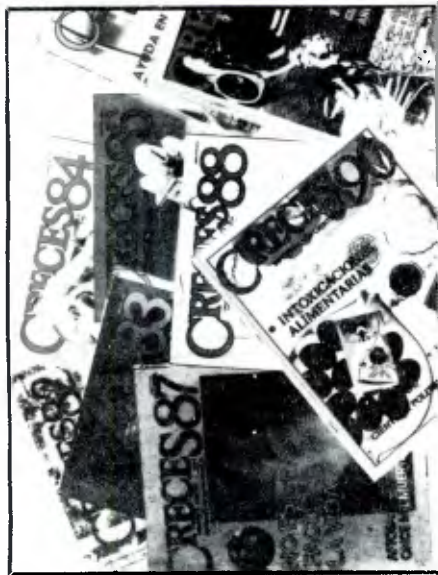


EL VOLUNTARIADO JUVENIL, TRABAJA EN LOS CENTROS LOS DIAS FESTIVOS Y FINES DE SEMANA CUMPLIENDO TURNOS.

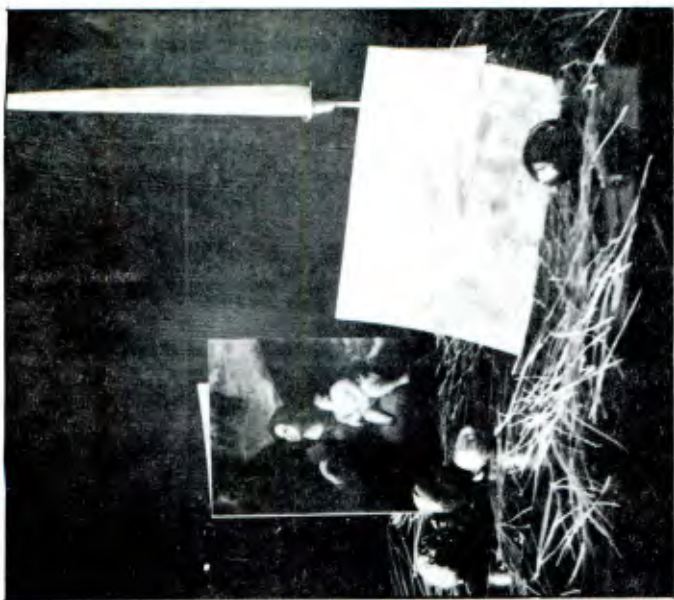
## FINANCIAMIENTO

### FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA

CONIN SE FINANCIA EN UN 70% POR EL MINISTERIO DE SALUD, UN 10% POR EL MINISTERIO DE JUSTICIA, Y EL 20% RESTANTE CON FONDOS PROPIOS GENERADOS POR CONIN A TRAVES DE SUS PROYECTOS.



EXISTE OTRO PROYECTO QUE NO PERSIGUE FINES DE LUCRO:  
**REVISTA CRECES**. PRINCIPAL MEDIO DE INFORMACION CIENTIFICA Y TECNOLÓGICA PROPIEDAD DE CONIN.



### TARJETAS DE NAVIDAD, CONIN



REPRODUCCION DE FAMOSOS CUADROS DE PINTORES CHILENOS:



### PARTICIPAMOS

#### PROGRAMAS DE PADRINOS :

CENTENARES DE EMPRESAS, COLEGIOS, SINDICATOS, ESTUDIANTES Y PERSONAS ANONIMAS GENEROSAMENTE SON PADRINOS DE CONIN. ELLOS MENSUALMENTE EFECTUAN UN APORTE A PARTIR DE \$ 1.000. Y VOLUNTARIAMENTE LOS QUE DESEAN VISITAN A SU AHUADO (A) EN EL CENTRO CERRADO DE RECUPERACION NUTRICIONAL\* Y, COMPROBANDO SU MEJORIA Y ENTREGANDOLE AFECTO Y APOYO A LAS NECESIDADES DE SU GRUPO FAMILIAR.



TE INVITAMOS A COOPERAR CON CONIN EN TU COMUNA MAS CERCANA Y CONVERTIRTE EN UN **PADRINO O MADRINA.**  
 \*VENCER LA DESNUTRICION PARA SIEMPRE ES TAREA DE TODOS\*.

- |                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| * Centro Pedro de Valdivia | Avda. Pedro de Valdivia N° 1880  |
| Centro Vitacura            | Avda. Vitacura N° 7477           |
| Centro Renca               | Paula Jaraquemada N° 1553        |
| Centro Pudahuel            | San Pablo N° 8868                |
| Centro Arica               | Avda. La Concepción N° 3818      |
| <i>Paulo Valdivia</i>      | Población 11 de Septiembre       |
| Centro Quillota            | Morandé esquina Salas            |
| Centro Valparaiso          | Población General Baquedano      |
| Centro San Antonio         | Malpú N° 935                     |
| Centro San Fernando        | Ferrari s/n Cerro Florida        |
| Centro Curico              | Lautaro s/n                      |
| Centro Talca               | Manuel Rodríguez 486             |
| Centro Linares             | Buen Pastor N° 237               |
| Centro Chillán             | Uno Norte esquina 14 Oriente     |
| Centro Concepción          | Yumbel N° 607                    |
| Centro Los Angeles         | José María Caro N° 565           |
| Centro Temuco              | Población Vicente Pérez Rosales  |
| Centro Traiguén            | Malpú N° 1644                    |
| Centro Valdivia            | Colo Colo N° 873                 |
| Centro Puerto Montt        | Catrhuala N° 670                 |
|                            | Población Santa Rosa             |
|                            | Santa Cruz N° 845                |
|                            | Rubén Darío N° 285               |
|                            | El Laurel                        |
|                            | Avda. Presidente Bédaride N° 509 |