

NACIONES UNIDAS  
CONSEJO  
ECONOMICO  
Y SOCIAL



Distr.  
LIMITADA  
E/CEPAL/L.277  
23 de noviembre de 1982  
ORIGINAL: ESPAÑOL



CEPAL

Comisión Económica para América Latina



SITUACION DE FAMILIAS POBRES EN EL GRAN SANTIAGO Y POLITICAS PARA  
SATISFACER SUS NECESIDADES BASICAS: UN CASO DE ESTUDIO \*

\* El autor de este trabajo es el Dr. Sergio Valiente, Consultor del Proyecto Interinstitucional de Pobreza Crítica. Participaron en su elaboración Juliana Kain, Irene Trufello, M. Teresa Guzmán, Oscar Ruíz y Rolando Chateauneuf. Todos ellos pertenecen a la División de Políticas y Programas de Alimentación y Nutrición del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), de la Universidad de Chile. Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la CEPAL.



INDICE

	<u>Página</u>
PROLOGO	vii
I. INTRODUCCION.....	1
A. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA POBREZA RURAL Y URBANA EN CHILE.....	1
B. OBJETIVOS.....	2
C. METODOLOGIA.....	4
1. <u>El modelo multicausal del estado nutricional.....</u>	4
2. <u>Las encuestas y el sistema muestral.....</u>	4
3. <u>Recolección de la información.....</u>	7
D. CONTENIDO DEL ESTUDIO.....	7
E. LIMITACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO.....	8
II. DESCRIPCION DE LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS URBANAS POBRES DEL GRAN SANTIAGO.....	8
A. CARACTERISTICAS DEL GRUPO FAMILIAR.....	9
1. <u>Tamaño y composición familiar.....</u>	10
2. <u>Ingreso total familiar y per cápita.....</u>	10
3. <u>Características de los perceptores de ingreso.....</u>	11
4. <u>Tasa de desocupación.....</u>	12
5. <u>Tasa de dependencia.....</u>	13
6. <u>Educación de los padres.....</u>	13
B. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA.....	13
1. <u>Tipo de vivienda y régimen de propiedad.....</u>	13
2. <u>Calidad de la vivienda.....</u>	14
3. <u>Agua potable y eliminación de excretas.....</u>	15
4. <u>Hacinamiento y promiscuidad.....</u>	15
C. DISTRIBUCION DEL GASTO FAMILIAR.....	15
D. ALGUNAS CARACTERISTICAS ALIMENTARIO-NUTRICIONALES....	17
1. <u>Distribución del gasto en alimentación entre             los principales alimentos.....</u>	17
2. <u>Alimentación de 627 familias pobres.....</u>	20
3. <u>Estado nutricional de madres y de niños             menores de seis años.....</u>	23

	<u>Página</u>
4. <u>Distribución intrafamiliar de los alimentos entregados para los niños</u> .....	26
5. <u>Conocimiento alimentario y hábitos de compra de alimentos</u> .....	29
6. <u>Antecedentes sobre salud de adultos y niños pobres</u> .....	32
III. NIVELES DE SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS RECOMENDADOS PARA ESTA POBLACION.....	36
A. INGRESO.....	36
B. VIVIENDA.....	37
1. <u>Hacinamiento</u> .....	37
2. <u>Agua potable</u> .....	38
3. <u>Disponibilidad de baño</u> .....	38
C. EDUCACION.....	38
D. EMPLEO.....	39
E. SALUD.....	40
F. ALIMENTACION.....	43
G. CRITERIOS UTILIZADOS EN ESTE ESTUDIO.....	43
IV. DETERMINACION DEL GRADO DE INSATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS.....	44
A. ANALISIS DE ALGUNAS VARIABLES.....	44
1. <u>Ingreso</u> .....	45
2. <u>Alimentación</u> .....	45
3. <u>Vivienda</u> .....	46
4. <u>Educación</u> .....	46
B. ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS INCLUIDAS EN EL CUARTIL CON MAYOR DEFICIT DE INGRESOS.....	47
C. PROPORCION DE LAS FAMILIAS CON DOS O MAS NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS EN RELACION CON LOS NIVELES RECOMENDADOS.....	47

	<u>Página</u>
V. ANALISIS DE ALGUNOS POSIBLES FACTORES CONDICIONANTES DE LA INSATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS.....	48
A. RELACION DEL SUBCONSUMO DE ALIMENTOS CON ALGUNOS POSIBLES FACTORES CONDICIONANTES.....	48
1. <u>Relación del subconsumo con el ingreso</u> .....	48
2. <u>Relación del subconsumo de alimentos con el tamaño de la familia</u> .....	50
3. <u>Relación del subconsumo de alimentos con el nivel de escolaridad de los padres</u> .....	52
4. <u>Relación del subconsumo de alimentos con el tipo de ocupación del jefe de familia</u> .....	53
5. <u>Relación del subconsumo de alimentos con la tasa de dependencia</u> .....	54
B. RELACION DEL HACINAMIENTO FAMILIAR CON ALGUNOS POSIBLES FACTORES CONDICIONANTES.....	56
1. <u>Relación entre niveles de ingreso y grado de hacinamiento</u> .....	56
2. <u>Relación entre tipo de ocupación de primer perceptor y el grado de hacinamiento de la familia</u> .....	57
3. <u>Relación entre la tasa de dependencia y el hacinamiento</u> .....	57
4. <u>Relación entre hacinamiento y escolaridad de los padres</u> .....	57
C. RELACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS CON ALGUNOS POSIBLES FACTORES CONDICIONANTES.....	58
D. RELACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL DE FAMILIAS POBRES CON ALGUNOS POSIBLES FACTORES CONDICIONANTES...	60
1. <u>Relación entre número de hijos nacidos vivos y la mortalidad infantil</u> .....	60
2. <u>Relación entre edad de la madre y la mortalidad infantil</u> .....	61
3. <u>Escolaridad de la madre y mortalidad infantil</u> .....	61
4. <u>Adecuación calórica familiar y mortalidad infantil</u> .....	61

	<u>Página</u>
VI. REPERCUSIONES DE ALGUNAS POLITICAS Y PROGRAMAS EN LA SITUACION NUTRICIONAL DE LOS POBRES EN CHILE.....	62
A. INTRODUCCION.....	62
B. POLITICAS Y PROGRAMAS CON REPERCUSIONES NUTRICIONALES	63
1. <u>Políticas de salud</u> .....	63
2. <u>Programas de intervención nutricional</u> .....	71
C. RESUMEN.....	79
VII. CONCLUSIONES SOBRE POLITICAS PARA ALCANZAR UN NIVEL MINIMO DE BIENESTAR.....	79
A. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTA LA POBLACION URBANA DE MENORES INGRESOS EN EL GRAN SANTIAGO.....	79
B. FACTORES CONDICIONANTES DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS.	81
C. SUGERENCIAS SOBRE LINEAS DE POLITICAS PARA ATENDER NECESIDADES BASICAS DE FAMILIAS POBRES URBANAS.....	82
BIBLIOGRAFIA.....	84
AGRADECIMIENTOS.....	89

## PROLOGO

Este trabajo tuvo una versión preliminar de circulación restringida, que fue presentada en el Seminario sobre Políticas para Alcanzar un Nivel Mínimo de Bienestar, que se realizó en la Sede de la CEPAL en Santiago en noviembre de 1981.

La información que se presenta proviene principalmente del Proyecto "Estudio de la Capacidad de Compra de Alimentos de Familias Urbanas de Menor Ingreso del Gran Santiago. Chile", dirigido por el señor Oscar Ruiz Villarroel, de la División de Políticas y Programas de Alimentación y Nutrición del INTA. Este proyecto se está realizando con el patrocinio de la Universidad de las Naciones Unidas y otras instituciones.

La presente versión se ha ampliado y modificado de conformidad con las observaciones y sugerencias recibidas durante el transcurso del Seminario antes señalado, las enviadas por el señor Ruiz desde el extranjero, y las derivadas de la revisión hecha por los autores y otros colaboradores.



## I. INTRODUCCION

### A. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA POBREZA RURAL Y URBANA EN CHILE

Es públicamente conocido que uno de los problemas más serios que enfrenta América Latina, y en general los países en desarrollo, es la pobreza de amplios sectores de la población, tanto en las zonas rurales como en las urbanas. Los estilos de desarrollo predominantes en el tercer mundo no han permitido extender los beneficios del avance a todos los sectores de la población.

En la mayoría de los países de la región la pobreza rural afecta a sectores campesinos representados principalmente por agricultores con limitados recursos productivos (especialmente tierra y agua) y por los trabajadores agrícolas sin tierras de regiones pobres. Ellos presionan muchas veces sobre los recursos naturales en deterioro, pues constituyen amplios sectores a los que el progreso llega muy poco. Y si llega tal vez contribuya a empeorar su situación, ya que la agricultura más dinámica, representada generalmente por las empresas medianas y grandes, suele constituirse en competidora de los productores campesinos, especialmente en la colocación de sus productos en los mercados.

La otra pobreza, la urbana, es para muchos investigadores la que muestra más perspectivas de agravamiento por la rápida expansión de la población en las ciudades, especialmente en las más grandes.

Los estilos de desarrollo de la mayoría de los países de la región han causado, muchas veces involuntariamente, un proceso de urbanización acelerado, dentro de una evolución socioeconómica incapaz de generar trabajo urbano con remuneración satisfactoria y de proporcionar vivienda de niveles mínimos aceptables y sujeta a limitaciones para ofrecer servicios esenciales como los de salud, saneamiento ambiental (agua potable, sistema de eliminación de excretas y basuras) y educación.

Si bien es cierto que ambas pobrezas - la rural y la urbana - tienen muchas características y efectos similares, sus causas inmediatas son bastante distintas; lo que debe tenerse en cuenta al esbozar las estrategias para combatirlas. Sin embargo, no debe descartarse la existencia de causas profundas, y aún de algunas más inmediatas, que sean comunes, como tampoco la posibilidad de acciones que puedan favorecer a ambos sectores y que sean similares en sus objetivos, metas y estrategias.

El concepto de pobreza guarda relación con la insuficiencia de ingresos, por un lado y la insuficiente satisfacción de una o más necesidades básicas, por otro. En lo que toca a ingresos, se acostumbra a diferenciar entre la pobreza absoluta, relacionada con un límite absoluto de ingresos que sea suficiente para obtener los bienes y servicios esenciales para una familia y la pobreza relativa, que se refiere a la relación entre las disponibilidades de una familia y los niveles de disponibilidad medios de la comunidad.

Este estudio se centra en la pobreza urbana, relacionando ésta tanto con la insatisfacción de necesidades básicas, como con la obtención de ingresos que superen un determinado nivel, es decir, con el concepto de pobreza absoluta.

El Mapa de la Extrema Pobreza en Chile <sup>1/</sup> permitió estimar que en 1970 estaba en esta condición el 21 % de la población total del país, es decir, casi dos millones de personas. De ellas el 67.8% (1 300 000 personas) vivía en áreas urbanas y el 32.2% (616 000) en áreas rurales. Esto indicaba que por cada pobre rural había dos pobres urbanos, y a la vez que la pobreza afecta a una mayor proporción de la población rural, ya que una de cada cuatro familias rurales y una de cada cinco urbanas estarían en extrema pobreza.

## B. OBJETIVOS

Este estudio pretende contribuir a la formulación de políticas dirigidas a atender las necesidades básicas de sectores urbanos de menores ingresos o de situación socioeconómica inferior.

La investigación original tuvo dos objetivos principales: el primero fue conocer el estado nutricional y los niveles alimentarios de la población y sus posibles factores condicionantes y el segundo, conocer mejor la estructura del gasto y del consumo de alimentos de esta población, con el fin de establecer una mejor base de ponderación para un índice representativo de la evolución del costo de su alimentación.

El análisis descansa fundamentalmente en la información reunida en el INTA mediante una serie de encuestas hechas en familias urbanas del Gran Santiago, representativas de sectores poblacionales de ingresos bajos (20-25% inferior) complementada con informaciones obtenidas de otras fuentes.<sup>2/</sup>

---

<sup>1/</sup> Oficina de Planificación Nacional de Chile (ODEPLAN) e Instituto de Economía de la Universidad Católica de Chile, Mapa Extrema Pobreza, Santiago de Chile, Talleres Gráficos del ICIRA, 1975.

<sup>2/</sup> Una de las principales observaciones que se plantearon a la versión preliminar de este trabajo, durante el desarrollo del Seminario sobre Políticas para alcanzar un Nivel Mínimo de Bienestar fue la relacionada con los niveles de ingresos de la muestra, que aparecían relativamente altos en relación con los ingresos de los estratos más bajos de la Encuesta sobre Presupuestos y Gastos Familiares del Gran Santiago (1978), del INE. Esto hizo temer que la muestra del INTA no fuera representativa de las familias pobres del Gran Santiago. En realidad existe bastante diferencia entre los valores obtenidos, ya que según el estudio del INTA el ingreso medio de las familias fue de 5.280 pesos mensuales mientras los del quintil inferior según el estudio del INE, fue sólo de 2.521 pesos. (Cont.)

En sus líneas generales el documento persigue describir las principales características socioeconómicas de la familia de menores ingresos del Gran Santiago, para después hacer un análisis de los niveles de satisfacción de algunas necesidades básicas, sus características y posibles factores condicionantes, y finalmente, a base de algunas experiencias de programas en Chile, adelantar algunas sugerencias sobre opciones de política que puedan favorecer a estos sectores urbanos más postergados.

---

2/Ct. A raíz de estas diferencias se buscó las posibles causas de ellas. Si se revisa la metodología seguida para seleccionar el universo de donde se obtuvo la muestra para el estudio del INTA, se puede apreciar que hay seguridad que ella representa a familias de bajos ingresos. Por lo tanto, las diferencias entre ambos estudios se deberían principalmente a otros aspectos metodológicos.

Un primer aspecto que puede explicar estas diferencias es el tamaño del hogar. Para la muestra del INE, el tamaño de las familias para los dos cuartiles inferiores fue de 3.45 y 4.36 personas, en cambio en el estudio del INTA, el tamaño medio del hogar fue sensiblemente mayor (5.26 personas). Si los ingresos familiares se llevasen a ingresos per cápita las diferencias se reducirían apreciablemente.

Otro aspecto es el poder adquisitivo de la moneda considerada en cada uno de los trabajos. El estudio del INE utilizó precios de junio de 1978, y el del INTA, precios de septiembre del mismo año. Debe considerarse que en 1978 la inflación fue superior al 40%; por lo tanto, los ingresos en la muestra del INTA están medidos en una moneda de valor aproximadamente 10% inferior a la utilizada en el estudio del INE.

Un tercer aspecto es el de la cuantificación de los ingresos en ambas investigaciones. El estudio del INE recoge información representativa de todo el Gran Santiago, y después estratifica a los hogares por niveles de ingreso. En la muestra del INTA, el universo fue el 20 al 25% de los hogares del Gran Santiago de situación inferior, apreciada a través de las condiciones de la vivienda y de su localización; dentro de este universo, es perfectamente posible que se ubiquen familias con ingresos que escapen del primer quintil o cuartil.

El Sr. Oscar Ruiz, que dirigió este estudio, estima que aproximadamente un sexto de la muestra tendría ingresos superiores al cuartil más bajo, lo que eleva los ingresos medios. En el trabajo del INTA, aproximadamente los dos tercios de más altos ingresos en el cuartil de ingresos mayores corresponderían a hogares que están por encima del quintil o cuartil inferior de la población total.

### C. METODOLOGIA

Como ya se ha señalado, la información básica del trabajo provino de una serie de encuestas realizadas a sectores representativos de familias de nivel socio-económico bajo en el Gran Santiago.

Como puntos importantes de la metodología pueden señalarse el modelo de multicausalidad y sus variables y las encuestas realizadas por muestreo.

#### 1. El modelo multicausal del estado nutricional

Las principales variables que se consideraron fueron:

- El nivel de ingreso familiar: Se consideró tanto el ingreso monetario como el proveniente de otras fuentes (pagos contractuales, transferencias públicas o privadas directas en dinero, transferencia directa en bienes, uso de vivienda y otros bienes y servicios indivisibles, servicios de utilidad pública). En la determinación del ingreso del hogar y sus montos se consideraron cinco aspectos: situación de empleo, edad, sexo, tamaño de la unidad productiva empleadora y oficio o profesión.

- Tamaño de los hogares: Entre las variables que se pretendió analizar está la tasa de fecundidad de mujeres en edad fértil, los movimientos migratorios y la escolaridad de los cónyuges.

- Nivel de gasto del hogar: Depende del nivel de ingreso actual y futuro, del tamaño del hogar y del promedio de edad de sus miembros. En los gastos de alimentación tiene especial importancia el gasto total, los precios de los alimentos y los conocimientos alimentarios de la dueña de casa.

- Estado nutricional aparente y efectivo de los hogares y de sus miembros: Depende de la disponibilidad efectiva de calorías y nutrientes de la familia proveniente de compra y transferencia, de la distribución intrafamiliar de alimentos, y de las condiciones del medio ambiente y de salud.

Utilizando el modelo causal anterior se identificaron 23 variables, sobre las cuales se procuró recoger información básica con el sistema de encuestas.

#### 2. Las encuestas y el sistema muestral

Se siguió una metodología especial de encuestas de presupuestos y gastos familiares, acompañadas de la recolección de otras informaciones socioeconómicas. El universo del estudio básico fue obtenido de información cartográfica del INE. Esta cartografía contenía el número de viviendas y nombre de las calles de las 16 comunas del Gran Santiago. Sobre la base de la cartografía anterior se diseñó un proceso de estratificación de conglomerados de grupos urbanos de diferentes características socioeconómicas. Posteriormente se pidió la colaboración del Ministerio del Interior, a través de su Departamento de Asistencia Social, para la identificación de las manzanas 3/ pobres y muy pobres, de acuerdo con la estratificación socioeconómica. Este proceso permitió conformar

---

3/ Manzana = conjunto de casas contiguas, rodeado de calles.

un universo de la pobreza que comprendió aproximadamente 150 000 viviendas, es decir, alrededor del 23% del total de las viviendas urbanas del Gran Santiago.

Posteriormente se procedió a actualizar la cartografía mediante la identificación de las calles que delimitaban las manzanas en las que habitaban los conglomerados pobres y muy pobres.

De 250 manzanas se procedió a seleccionar al azar 627 viviendas, que fue el tamaño inicial de la muestra, en las 16 comunas del Gran Santiago.

Por lo anteriormente señalado se puede apreciar que la muestra es representativa de los estratos de nivel socioeconómico inferior del Gran Santiago. El análisis posterior de los resultados ha permitido estimar que aproximadamente la sexta parte de la muestra está en niveles socioeconómicos superiores al del cuartil inferior de ingresos de la población del Gran Santiago.

Se hicieron cuatro encuestas estacionales correspondientes: la primera en la primavera de 1978; la segunda en el verano de 1979; la tercera en el otoño de 1979 y la cuarta en el invierno de 1979. El tamaño de la muestra se fue reduciendo, debido a dificultades para ubicar en las entrevistas siguientes a la totalidad de los hogares incluidos en la primera: la primera encuesta cubrió 627 familias, la segunda 600, la tercera 540 y la cuarta 516 familias.

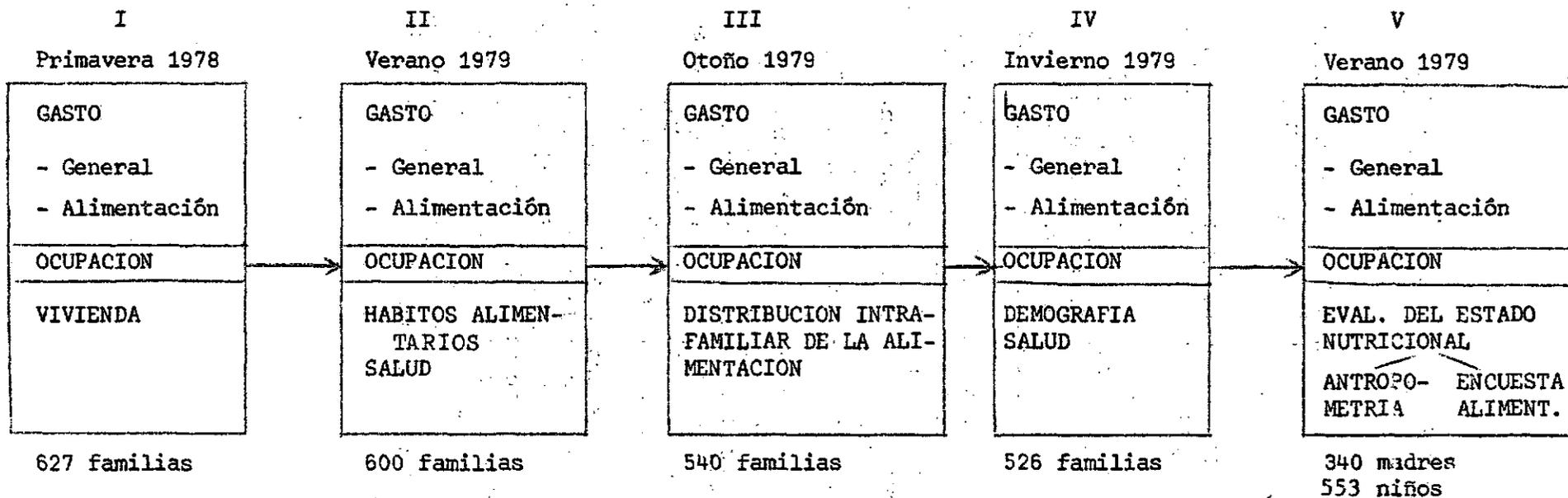
Cada una de las encuestas recolectó en parte información común para todas ellas, y en parte información específica. Así, en las cuatro se recogió información sobre gastos generales y en alimentos, y sobre ocupación. En la primera se obtuvo información sobre vivienda; en la segunda sobre hábitos y conocimientos alimentarios y sobre salud; en la tercera, sobre distribución intrafamiliar de alimentos, y en la cuarta, sobre demografía y salud.

En el verano de 1980 se efectuó una quinta encuesta a una submuestra que sólo abarcó familias con niños menores de seis años. Se encuestaron 340 madres y sus 553 hijos. De estas madres 145 pertenecían a familias encuestadas anteriormente y 211 correspondieron a una ampliación de la muestra. Esta encuesta tuvo como objetivo principal recolectar información sobre el estado nutricional de madres y niños, a través de medidas antropométricas y además recoger información sobre consumo efectivo de alimentos, mediante una encuesta alimentaria directa realizada por nutricionistas calificadas. (Véase el cuadro 1).

Cuadro 1.

GRAN SANTIAGO: ESTUDIO DE LA CAPACIDAD DE COMPRA DE ALIMENTOS DE FAMILIAS URBANAS DE MENORES INGRESOS

(septiembre 1978 - enero 1980)



/Posteriormente, en

Posteriormente, en agosto de 1981 se hizo una sexta encuesta para completar información sobre escolaridad del padre y de la madre. Se dio preferencia a las familias incluidas en la quinta encuesta. Se encuestó a 226 madres (126 de la quinta encuesta y 100 de la cuarta) y a 187 padres.

### 3. Recolección de la información

Para las encuestas estacionales se hizo la recolección mediante encuestadores capacitados previamente. El período de referencia para gran parte de la información fue un mes completo. Mediante el método recordatorio, la información se recogió del miembro del hogar que realizaba las compras y parcialmente de la declaración del perceptor más importante de ingresos. La quinta encuesta fue realizada por nutricionistas en la parte correspondiente al estado nutricional de madres y niños y el mismo tipo de encuestadores de las anteriores recogió la información sobre consumo de alimento. Para la sexta, sobre escolaridad, la información fue recogida por una socióloga. 4/

Los formularios de las encuestas fueron preparados por profesionales de las áreas de nutrición, economía, sociología y demografía. La supervisión del trabajo estuvo a cargo de profesionales de las áreas de nutrición, salud, economía y sociología.

### D. CONTENIDO DEL ESTUDIO

El documento consta de siete secciones. En la primera, de carácter introductorio, se plantean los objetivos, la metodología, los contenidos y las limitaciones del estudio.

En la segunda sección se describe brevemente las principales características de las familias urbanas pobres del Gran Santiago, incluyendo información sobre las características generales de estos hogares, y sobre los niveles de satisfacción de las principales necesidades básicas.

En la tercera sección se hace algunas consideraciones sobre niveles recomendados de cobertura de necesidades básicas, y una reseña de los criterios utilizados en el presente caso.

En la cuarta se analiza las características de las principales brechas en la satisfacción de necesidades básicas de la población; considera principalmente niveles de ingreso, condiciones de la vivienda, niveles alimentarios y estado nutricional de madres y niños menores de seis años.

---

4/ Véase G. Jaque y otros, "Escolaridad en familias pobres del Gran Santiago", DIPPAN/INTA, 1981.

La quinta contiene un análisis de la relación existente entre cuatro características de inferioridad socioeconómica de la población (subconsumo de alimentos, desnutrición de niños, hacinamiento y mortalidad infantil), y posibles factores condicionantes (ingreso familiar, tamaño de la familia, nivel de escolaridad de los padres, tasa de dependencia familiar, tipo de ocupación del jefe de familia, condiciones de la vivienda, etc.).

La sexta contiene un breve resumen y análisis desde el punto de vista de la nutrición de algunos programas realizados en Chile que atienden a necesidades básicas de los sectores necesitados.

En la parte final se adelantan algunas conclusiones y sugerencias sobre medidas de políticas que podrían examinarse, como un aporte al seminario, en el desarrollo de este evento surgieron importantes ideas y sugerencias de políticas para grupos pobres como los descritos en este trabajo.

#### E. LIMITACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO

Al analizar este estudio deben tenerse presente sus limitaciones. En efecto, la parte principal del material básico (formado por las encuestas de las familias urbanas de menores ingresos) estuvo dirigida a recoger información sobre el consumo de alimentos de esta población y sobre factores condicionantes de la desnutrición y el subconsumo de alimentos. Por eso el trabajo aporta más antecedentes sobre los problemas alimentarios y nutricionales que sobre aspectos relacionados con otras necesidades básicas, que deberán estudiarse más a fondo en otros trabajos semejantes.

#### II. DESCRIPCION DE LAS PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS URBANAS POBRES DEL GRAN SANTIAGO

La muestra estuvo constituida por 627 familias pobres urbanas de la Región Metropolitana, cuyas principales características se describen a continuación, haciendo hincapié en las más relacionadas con los niveles de satisfacción de las necesidades básicas:

1. Características del grupo familiar
2. Características de la vivienda
3. Distribución del gasto familiar
4. Características alimentario-nutricionales
5. Características de salud y atención médica

Debe tenerse presente que en algunas situaciones el tamaño de la muestra no fue siempre el mismo, pues la información válida sufría pequeñas disminuciones que no deberían alterar las tendencias generales.

A. CARACTERISTICAS DEL GRUPO FAMILIAR

En primer lugar y con el objeto de tener una visión global de las familias estudiadas se presenta el cuadro 2, que resume las principales características del grupo familiar que más adelante se pormenorizan.

Cuadro 2

GRAN SANTIAGO: CARACTERISTICAS MEDIAS DE  
FAMILIAS URBANAS POBRES, 1978

---

Nº familias	627
Tamaño medio	5.26 personas $\pm$ 2.14
Nº de personas	3 297
Personas menores de 15 años	39.6 %
Personas activas	57.5 %
Gasto familiar mensual (pesos)	5 280 (US\$ 160) $\pm$ 3 332
Gasto per cápita mensual (pesos)	1 004 (US\$ 34.7) $\pm$ 198
Primer perceptor:	
Varón	83 %
Edad	38.9 años
Aporte al ingreso familiar	66 %
Obrero	43.4 %
Trabajador por cuenta propia	26.3 %
Madres que trabajan	26 %
Desocupación total	6.5 %
Dependencia económica	3.36 personas
Dependencia demográfica	1.73 personas
Dependencia de menores de 15 años	1.54 personas
Analfabetismo de la madre	6.2 %
Escolaridad de la madre	5.4 años estudio $\pm$ 2.8
Escolaridad del padre	6.35 años estudio $\pm$ 2.7
Madres con hijos muertos antes del año de vida	29.7 %
Lactancia inferior a tres meses	28.6 %
Familia con personas enfermas en los últimos 30 días	67 %

---

### 1. Tamaño y composición familiar

El tamaño medio de 5.26 personas por familia no es tan alto, en comparación con el 4.8 de Chile en general; sin embargo, 30 % de las familias incluidas tienen más de 7 miembros y 13.5 % constan de 8 o más.

La alta proporción de menores de 15 años (39.6 %), más el 2.9 % de ancianos hace que por cada persona activa haya 0.73 personas dependientes. En las familias de mayor tamaño, esto es un factor limitante de importancia.

De las dueñas de casa, el 73 % tiene más de 30 años, 17 % trabaja fuera de su hogar y 9 % procura aumentar los ingresos familiares trabajando en el hogar.

### 2. Ingreso total familiar y per cápita

De conformidad con la metodología empleada, el ingreso total se estima equivalente al gasto total, y en esos términos se considera en todos los capítulos de este estudio.

El gasto total medio por mes de las familias fue de 5 280 pesos (equivalente a 160 dólares, calculado a 33 pesos por dólar). En el cuadro 3 se aprecia la distribución de las familias por cuartiles.

Cuadro 3

#### PROMEDIO DE GASTO FAMILIAR MENSUAL POR CUARTILES

(Pesos y dólares)

Cuartil	Ingreso Pesos	Promedio		% del total
		Pesos	Dólares	
1	- 3315	2519	76.3	11.9
2	3316 - 4592	3973	120.4	18.8
3	4593 - 6340	5383	163.0	25.4
4	6341 y más	9250	280.0	43.8
Promedios		5280	160.0	

El cuartil inferior recibe apenas el 11.9 % del total, siendo cuatro veces menor que el ingreso del superior. Esta situación se intensifica cuando se expresa el ingreso per cápita como se aprecia en el cuadro 4.

Cuadro 4

INGRESO MEDIO PER CAPITA MENSUAL, POR CUARTILES

Cuartil	Ingreso Pesos	Promedio		% del total
		Pesos	Dólares	
1	- 665	519.2	15.7	11.4
2	666 - 917	793.7	24.6	17.2
3	918 - 1316	1102.0	33.4	24.1
4	1317 y más	2173.4	65.9	47.2
Promedio		1147	34.7	

Parece evidente que el ingreso constituye una variable fundamental que limita la cobertura de las necesidades básicas. En efecto, las personas del cuartil inferior disponen apenas de 15.7 dólares mensuales para ello, en tanto que en el superior llegan a 65.9 dólares por mes. La interrelación con el tamaño familiar es obvia.

3. Características de los perceptores de ingreso

En las familias pobres, habitualmente un perceptor principal aporta el 66 % del ingreso; éste es habitualmente hombre (83 %) y su edad media es de 38.9 años. Sin embargo, el segundo perceptor contribuye con el 14 % de los ingresos, y el 20 % restante es obtenido por otros integrantes del grupo familiar, con lo cual hasta siete de ellos pueden estar trabajando de alguna manera para aunar ingresos. El segundo perceptor, en el 50 % de las familias es una mujer y tiene como edad media 36.6 años.

El tipo de ocupación de los perceptores de ingreso en las 627 familias se resume en el cuadro 5.

/Cuadro 5

Cuadro 5

CLASE DE OCUPACION DEL PRIMER Y SEGUNDO  
PERCEPTORES DE INGRESOS

Ocupación	Primer perceptor	Segundo perceptor
	% de 627 familias	
Obrero	43.4	27.6
Empleado	15.8	8.0
Trabajador por cuenta propia	26.3	42.0
Empleada de casa particular	4.5	9.9
Otras	0.3	12.5

Los obreros y empleados constituyen casi el 60 % de los primeros perceptores y su trabajo, por tener carácter formal, da cierta estabilidad al ingreso, cuando la desocupación es baja. Sin embargo, entre los primeros perceptores existe también un 26.3 % de trabajadores por cuenta propia, que aumentan a 42 % en los segundos perceptores.

Entre los obreros, los tipos más frecuentes de trabajo se relacionan con la construcción (8.6 %), la industria metalúrgica (5.6 %) y la alimentación (4.9 %), seguidos por las labores de cargador y otras; los trabajadores por cuenta propia son lavanderas, feriantes y varios.

Entre los empleados destacan los rondines y guardianes (8.1 %), seguidos por choferes (3.3 %) y oficinistas (3.2 %).

4. Tasa de desocupación

Dada las características de pobreza de las familias estudiadas, con niveles de ingreso muy bajos y poco acceso a los sistemas organizados de la comunidad, no llama la atención que la tasa de desocupación en mayores de 12 años sea de 6.5 %, frente a la cifra de 13.7 % existente para todo el país según cifras oficiales de septiembre de 1978. Ello se explica porque en estos estratos de ingresos bajos varios miembros de la familia hacen algún tipo de trabajo, e incluso el 26 % de las dueñas de casa labora en su casa (9 %) o fuera de ella (17 %), demostrando una solidaridad encomiable.

/5. Tasa

### 5. Tasa de dependencia

La tasa de dependencia económica 5/ media fue de 3.36, es decir, cada persona que trabaja debe mantener a 2.3 personas que no lo hacen.

Además se destaca que, por la composición demográfica de estos grupos, con predominio de niños, hay solamente 57.5 % de personas en edad activa (15 a 64 años), lo que determina una tasa de dependencia demográfica 6/ de 1.73; los menores de 15 años equivalen a 1.54 y el resto está formado por ancianos que en estos grupos son muy escasos (2.9 %) contra una estimación de 5.5 % para Chile en general en 1981.

### 6. Educación de los padres

El nivel de escolaridad es bajo, aunque el porcentaje de analfabetismo en las madres es sólo de 6.2 % y en los padres de 1.1 %. En efecto, en la submuestra de 226 madres estudiada en agosto de 1981 se encontró un promedio de 5.4 años de estudio: 14.6 % con uno a tres años, 50.9 % con cuatro a seis años, y sólo el 26.5 % de ellas con más de seis años de estudios.

En los padres la situación es levemente mejor, con 6.35 años de estudio como promedio; el 22.4 % estudió tres o menos años y el 38.5 % más de seis años.

Sin duda la alta relación de la escolaridad de la madre con muchos indicadores de salud y alimentación - como mortalidad infantil y desnutrición - hace que esta variable sea muy trascendente en este estrato.

## B. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

El criterio usado para calificar a los hogares como pertenecientes a estratos pobres incluye como uno de sus componentes principales el tipo de vivienda 7/; por ello estas viviendas exhiben características de calidad y materiales de construcción establecidos y definidos de acuerdo a dicha clasificación.

### 1. Tipo de vivienda y régimen de propiedad

El 53 % de las viviendas corresponden a casas, 43 % a mediaguas y 4 % a otros tipos. El número medio de cuartos por vivienda es de 4.3.

En cuanto a régimen de propiedad, se encontró que el 83 % corresponde a casas propias 8/, 9 % a prestadas y 8 % a arrendadas. Esto sugiere que el

5/ Tasa de dependencia económica =  $\frac{\text{Tamaño de la familia}}{\text{Personas que trabajan}}$

6/ Tasa de dependencia demográfica =  $\frac{\text{Menores de 15 años + personas de 65 años y más}}{\text{Personas 15 a 64 años}}$

7/ O. Ruiz y otros, "Criterios para la clasificación socioeconómica de hogares", INTA, Apartado Docente 169/78, Santiago.

8/ No se precisó si solamente la vivienda, o el terreno, o ambos, eran propios.

acceso a la vivienda no constituye un factor limitante, y que es más importante la calidad de ella, como se verá más adelante al discutir las necesidades básicas.

## 2. Calidad de la vivienda

La calidad de la vivienda fue clasificada considerando tres factores:

- a) Ausencia de hacinamiento
- b) Existencia de agua potable
- c) Existencia de baño en el interior de la vivienda

Vivienda adecuada es aquella que cumple con los tres requisitos señalados: insuficiente es aquella que no cumple con uno o dos de ellos e inadecuada es aquella que no cumple con ninguno de los tres.

Cuadro 6

### CALIDAD DE LA VIVIENDA DE 622 FAMILIAS POBRES

Calidad	Familias	
	Nº	%
Adecuada	245	39.4
Insuficiente	356	57.2
Inadecuada	21	3.4

El 60.6% de las familias tienen viviendas insuficientes o inadecuadas; como se ve, es la calidad de ellas la que mide mejor la insatisfacción de esta necesidad.

Llama la atención el equipamiento observado, especialmente de artículos eléctricos, como se aprecia en el cuadro 7.

Cuadro 7

### EQUIPAMIENTO DE LAS VIVIENDAS DE 622 FAMILIAS

Equipo	% de familias
Cocina	98
Refrigerador	33
Televisión	84
TV y no refrigerador	53
Mesa de comedor	97

### 3. Agua potable y eliminación de excretas

La cobertura de estas necesidades elementales de saneamiento depende parcialmente en las grandes ciudades de factores extraños al nivel de pobreza de las familias, pues éstas se benefician en general del saneamiento básico existente en el área.

Cuadro 8

#### DISPONIBILIDAD DE AGUA POTABLE Y DE BAÑO EN LA VIVIENDA

	Agua potable %	Baño %
Existe	98	98
Dentro de la casa	53	52
Fuera de la casa <u>a/</u>	45	46
Pozo séptico y alcantarillado		58
Pozo negro		42

a/ Fuera de la casa involucra que puede ser en el sitio o fuera de él.

Destaca que las cifras de saneamiento encontradas, sin calificar su calidad, son muy buenas si se comparan con las del país (Chile urbano disponía de agua potable en 79% de las viviendas en 1977).

### 4. Hacinamiento y promiscuidad

La muestra reveló hacinamiento sólo en el 8.7% de las familias, con un promedio de 4.2 personas por dormitorio; se consideró hacinamiento una cifra superior a tres. Tampoco parece ser un problema serio en este grupo.

Sin embargo, existe promiscuidad en el 58.9% de las familias (más de una persona por cama), siendo el déficit de camas cercano al 50% en el cuartil de situación inferior.

#### C. DISTRIBUCION DEL GASTO FAMILIAR

El promedio del gasto total mensual de las familias incluidas en la muestra fue de 5 280 pesos (160 dólares); su distribución en los rubros más relacionados con las necesidades básicas señala que 62% se destinó a alimentación, 11% a vivienda, 4% a movilización, 3.7% a vestuario y 3.5% a gastos médicos. La distribución de las familias por cuartiles de gastos permite apreciar ciertas diferencias (véase el cuadro 9).

/Cuadro 9

Cuadro 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL MENSUAL FAMILIAR  
EN LOS PRINCIPALES RUBROS RELACIONADOS CON LA  
SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS

Intervalo de gasto total (pesos)	Cuartiles de gasto total				Promedio 5280
	1º Menos de 3315	2º 3316-4592	3º 4593-6340	4º 6341 y más	
Alimentación	67.5	70.2	67	54.5	62
Vivienda <u>a/</u>	11.9	8.9	9.2	13.6	11
Movilización	3.8	4.4	4.3	3.8	4
Vestuario	1.1	1.9	3.7	5.3	3.7
Gastos médicos	1.8	1.8	2.2	5.5	3.5
Educación	0.2	0.3	0.4	0.4	0.3

a/ Corresponde a gasto imputado, calculado a partir de las características de la vivienda.

Los alimentos muestran una tendencia a bajar su participación al subir el ingreso, salvo entre los dos primeros cuartiles, en que aumenta. Los gastos en vivienda y movilización muestran variaciones que no reflejan tendencia definida; los gastos en vestuario y gastos médicos aumentan sensiblemente a medida que se sube de un estrato de ingreso a otro. En educación se aprecia un gasto muy bajo, con tendencia a aumentar su participación a medida que sube el nivel de ingreso.

El hecho de que los gastos en alimentación reduzcan su participación en el gasto total no significa que también se reduzcan en sus montos absolutos, pues todos los rubros antes analizados muestran un aumento apreciable al subir de cuartil. (Véase el cuadro 10).

Cuadro 10

GASTO MENSUAL FAMILIAR EN LOS PRINCIPALES RUBROS RELACIONADOS  
CON LA SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS

(Pesos de 1978)

Rubros	Cuartiles de gasto total				
	1º	2º	3º	4º	Promedio
Alimentación	1 700	2 788	3 606	4 785	3 219
Vivienda	300	354	494	1 194	586
Movilización	96	175	231	330	208
Vestuario	27	75	198	463	191
Gastos médicos	45	74	117	487	180
Educación	6	13	24	37	20

D. ALGUNAS CARACTERISTICAS ALIMENTARIO-NUTRICIONALES

1. Distribución del gasto en alimentación entre los principales alimentos

En los cuadros 11 y 12 los antecedentes se analizan considerando cuartiles para los niveles de gasto total per capita, y la información para la muestra total. Los alimentos se han agrupado en rubros representativos de agrupaciones de productos con características alimentarias semejantes.

Cuadro 11

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO TOTAL MENSUAL PER CAPITA  
ENTRE LOS PRINCIPALES RUBROS DE ALIMENTOS

(Por cuartiles de gasto total y promedio de la muestra)

Gasto total (pesos)	Cuartiles de gasto total per capita (%)				Promedio de la muestra total
	1º -665	2º 666-917	3º 918-1316	4º 1317 y más	
Pan	29.5	23.7	19.0	14.0	19.4
Carnes	7.2	12.4	14.4	19.2	14.9
Farináceos	11.0	9.7	8.9	7.3	8.7
Verduras	7.0	7.7	8.8	9.4	8.5
Aceites y grasas	9.1	9.2	8.4	7.6	8.4
Lácteos	2.6	4.6	6.5	9.4	6.7
Papas	8.2	6.8	5.9	4.7	5.9
Azúcar	7.8	5.7	5.4	4.4	5.4
Frutas	3.4	4.0	4.9	5.7	4.8

Se destacan como gastos importantes los incurridos en pan y carnes, que en conjunto superan un tercio del gasto total en alimentos; siguen en importancia los farináceos, las verduras y los aceites y grasas, que en su conjunto representan algo más del 25% del gasto en alimentos. También constituyen renglones importantes los productos lácteos, las papas, el azúcar y las frutas; estos cuatro rubros representan en su conjunto algo más del 25% del gasto total.

Hay productos cuya participación se reduce al subir el ingreso. Entre éstos está el pan, con 29.5% de participación en el cuartil de gasto total inferior, y sólo 14% en el superior. Los farináceos también se reducen, de 11 a 7.3% entre los mismos cuartiles. Los gastos en papas, azúcar, aceites y grasas muestran descenso.

Entre los cuartiles extremos suben fuertemente los gastos en carnes, de 7.2% a 19.2%. También aumentan sensiblemente los gastos en lácteos, de 2.6% a 9.4%. Se aprecia además que al subir el ingreso se eleva la participación de frutas y verduras en el gasto.

/Cabe destacar

Cabe destacar que el cuartil inferior gasta preferentemente (67%) en alimentos ricos en calorías (pan, farináceos, papas, azúcar y grasas); en cambio, el cuartil superior gasta el 38% en estos mismos alimentos.

En general puede decirse que los alimentos que aportan proteínas animales (carne y lácteos) acrecientan sensiblemente su participación en el gasto total con el incremento del ingreso. La reducen los que aportan preferentemente carbohidratos (pan, farináceos, papas y azúcar). En cambio las frutas y verduras, que contribuyen con vitaminas y sales minerales, muestran tendencia ascendente en su participación.

El hecho de que se reduzca la participación porcentual de determinados alimentos en el gasto no significa que el gasto absoluto en ellos se reduzca. En el cuadro 12 puede apreciarse, por ejemplo, que mientras el gasto per cápita en pan en el estrato inferior es de 93 pesos, en el superior es de 133 pesos.

Cuadro 12

GASTOS EN RUBROS DE ALIMENTOS POR CUARTILES  
DE GASTO PER CAPITA MENSUAL

(Pesos de septiembre de 1978)

	Cuartiles de gasto per cápita				
	1º	2º	3º	4º	Promedio general
Pan	93	121	120	133	117
Carne	23	63	91	184	90
Farináceos	35	50	56	70	53
Verduras	22	39	56	89	52
Aceites y grasas	29	47	53	73	50
Lácteos	8	23	41	90	41
Papas	26	35	37	45	36
Azúcar	25	29	34	42	32
Frutas	11	20	31	60	29

2. Alimentación de 627 familias pobres

En este estudio se procedió a estimar las características básicas de la alimentación de familias pobres, mediante el estudio recordatorio del dinero gastado por las familias en la compra de alimentos, de los alimentos transferidos por programas sociales, y de aquellos imputados o recibidos en pago por trabajo.

La metodología se basó fundamentalmente en establecer qué cantidad de dinero era señalada por las familias como gastada en cada tipo de alimento en determinados períodos de tiempo y establecer indirectamente (según los precios prevalentes en el período), las cantidades compradas de cada alimento. Posteriormente, usando estos datos básicos en alimentos se calculó su equivalencia en calorías y proteínas para establecer la frecuencia del consumo familiar y compararla con algunos patrones nutricionales; los alimentos comprados correspondieron a más del 90% de aquéllos disponibles para las familias.

Cuadro 13

SANTIAGO: CONSUMO MEDIO DIARIO PER CAPITA DE ALIMENTOS  
EN ALGUNAS FAMILIAS POBRES, Y SU EQUIVALENCIA  
EN CALORIAS Y PROTEINAS, 1978

Alimentos	Compra aparente (gramos)	Calorías	Proteínas (gramos)
Pan	275	735	17.6
Papas	141	70	3.2
Farináceos	80	282	6.8
Azúcar	59	229	-
Carnes	41	50	7.2
Leguminosas	25	89	5.0
Grasas	34	286	-
Pescado	21	12	2.8
Lácteos	155	88	5.0
Huevos	14	19	1.7
Verduras	156	36	1.5
Frutas	98	59	0.6
Bebidas	53	24	-
Vino	11	9	-
Alimentos infantiles complementarios	5	19	1.0
<b>Total</b>	<b>1 168</b>	<b>2 007</b>	<b>52.4</b>

El cuadro 13 describe los 15 grupos de alimentos más frecuentemente comprados por las familias pobres; destaca claramente la gran variabilidad /en el

en el tipo de ellos y de las cantidades aparentemente compradas: desde 275 gramos de pan, hasta 5 gramos diarios medios de alimentos infantiles complementarios. El equivalente calórico de esta dieta es de 2 007 calorías per cápita y el de proteína de 52.4 gramos, la mayor parte (34.7 gramos) de origen vegetal.

El cuadro 14 muestra los principales alimentos aportadores de calorías y proteínas del promedio de alimentos aparentemente comprado, expresado en porcentaje del aporte total.

Cuadro 14

PRINCIPALES ALIMENTOS APORTADORES DE CALORIAS Y PROTEINAS  
EN LA ALIMENTACION MEDIA DE 627 FAMILIAS POBRES,  
Y PORCENTAJE DEL APORTE TOTAL

Principales alimentos	Calorías		Proteínas	
	Lugar	% del aporte total	Lugar	% del aporte total
Pan	1º	36.7	1º	33.6
Grasas	2º	14.2	-	-
Farináceos	3º	14.0	3º	13.0
Carnes	-	-	2º	13.8
Azúcar	4º	11.4	-	-
Lácteos y leguminosas	5º	4.4	4º	9.5

Se observa que los alimentos que más aportan calorías y proteínas son los cereales (50.7% y 46.6%, respectivamente); el segundo lugar como fuente de calorías lo ocupan las grasas (14.2%) y para proteínas, las carnes (13.8%). Más del 80% de las calorías y del 70% de las proteínas consumidas provienen de cuatro o cinco grupos de alimentos, lo que revela la escasa flexibilidad de la capacidad de compra de alimentos, y su dependencia de variaciones en los precios, especialmente de los cereales.

Con respecto al nivel de compra, se observa que 56.5% de las familias compra menos de 2 000 calorías per cápita, y 19% compran más de 2 500 calorías, siendo el promedio de 2 007 calorías; el 53.5% de las familias compran menos de 50 gramos de proteínas per cápita, y un 15.4% compra más de 70 gramos, siendo el promedio de 52.4 gramos. Es necesario recordar que no se trata de consumo efectivo de calorías y proteínas, sino de compra aparente de alimentos que las aportan.

/Dada la

Dada la alta relación existente entre la alimentación y el tamaño de la familia, que influye selectivamente en el consumo de algunos alimentos, en el cuadro 15 se resume la dieta per cápita diaria, según el tamaño de la familia, en términos de calorías y proteínas totales, de origen animal o vegetal.

Cuadro 15

SANTIAGO: COMPRA APARENTE PER CAPITA DE CALORIAS Y PROTEINAS DIARIAS, SEGUN EL TAMAÑO DE LA FAMILIA, 1978

Personas por familia	Calorías	Proteínas totales (gramos)	Proteínas animales (gramos)	Proteínas vegetales (gramos)	Número de familias
1	2 671	64.2	29.6	34.6	11
2	2 751	71.3	27.8	43.5	37
3	2 219	56.3	23.2	33.1	67
4	2 040	52.8	29.2	33.6	136
5	2 013	53.1	18.4	34.7	122
6	1 922	48.7	14.8	34.0	101
7	1 770	44.3	12.1	32.3	68
8	1 692	41.7	10.9	30.8	40
9 y más	1 627	40.7	10.2	30.4	45
Promedio: 5.26	2 007	52.4	16.7	35.7	627

En el cuadro 15 se aprecia claramente que a medida que aumenta el tamaño de la familia disminuye progresivamente la compra de calorías y de proteínas totales y animales, manteniéndose casi estable la de proteínas vegetales. La calidad global de la alimentación se va deteriorando, observándose diferencias de 1 000 calorías y de 20 gramos de proteínas entre familias de 2 y 9 y más personas. Este hecho es más marcado cuando el mayor tamaño de las familias está dado por niños; así, aquéllas con más de cuatro niños compran 700 calorías y 15 gramos de proteínas menos que las familias sin niños.

Finalmente, en el cuadro 16 se aprecia los niveles de adecuación calórica y proteica para el grupo familiar, expresados en porcentajes.<sup>9/</sup>

<sup>9/</sup> Es sabido que no existen recomendaciones nutricionales familiares, dada la diferente estructura que pueden tener éstas (edad, sexo, actividad física, etc.). Sin embargo, como en este estudio se conoció la mayor parte de los factores mencionados, se elaboraron recomendaciones calóricas y proteicas familiares, en las que se sumaron las recomendaciones a cada miembro de la familia según su sexo, edad y actividad física; luego cada familia se comparó con su propio patrón o recomendación, tanto para calorías como proteínas para así calcular el porcentaje de adecuación de ellas.

Cuadro 16

SANTIAGO: NIVELES DE ADECUACION CALORICA Y PROTEICA  
EN 618 FAMILIAS POBRES, 1978. 10/

Porcentaje de adecuación	Calorías		Proteínas	
	Familias	%	Familias	%
- 50	50	8.1	47	7.1
51 - 70	112	18.1	81	13.3
71 - 90	184	29.7	129	21.1
91 - 110	143	23.1	146	23.7
111 - 130	77	12.4	93	15.2
+ 130	52	8.5	122	19.7

El 56% de las familias dice comprar menos del 90% de las calorías recomendadas al grupo familiar, mientras que el 21% de ellas comprarían más del 110%. El promedio de adecuación calórica en las 618 familias es de 89%, revelando un déficit importante que debería influir en el estado nutricional de la familia, o por lo menos de sus miembros más sensibles al déficit calórico, que son los niños.

La compra aparente de proteínas parece ser más satisfactoria, pues el promedio de adecuación es de 102%. El 41.5% de las familias compra menos del 90% de lo recomendado, y el 35% compra más de 110% de lo recomendado.

### 3. Estado nutricional de madres y de niños menores de seis años

La situación económica influye sobre el estado nutricional tanto de niños como de adultos, pero con distinto carácter y trascendencia. En efecto, es sabido que el niño es muy sensible al déficit nutricional en las etapas iniciales de su desarrollo, por lo que es el primero en demostrar daños cuando no se satisfacen sus necesidades nutricionales; por otra parte, el adulto también presenta problemas nutricionales frecuentes, los que habitualmente no son pesquisados y con frecuencia se ignoran.

Por estas razones en enero de 1980 se estudió la situación nutricional de las familias pobres midiendo una serie de parámetros en niños menores de seis años (553 casos), como índice de todos los niños de la familia, y en sus madres (340 casos) como índice de los adultos de la familia, con el fin de tener una visión más completa de la realidad nutricional de los grupos pobres.

10/ Estas adecuaciones están basadas en las recomendaciones nutricionales FAO/OMS de 1973, que actualmente están siendo revisadas. Se espera que las revisadas se publiquen en 1982.

a) Estado nutricional de las madres. El cuadro 17 resume las características de las 340 madres, cuya edad media es de 30.5 años.

Cuadro 17

SANTIAGO: EDAD, PESO Y TALLA DE 340 MADRES POBRES, 1980

Edad (años)	%	Peso (kg)	Talla (cm.)
- 20	6.8	52.4	154
20 - 29	44.8	55.8	153
30 - 39	34.8	59.0	152
40 y más	13.6	65.0	152
Promedio		58.0	152.5

En el cuadro 18 se aprecia el estado nutricional, de acuerdo a la relación peso/estatura, y las cifras de pliegue tricípital en las 340 madres.

Cuadro 18

SANTIAGO: ESTADO NUTRICIONAL DE 340 MADRES POBRES, 1980

Estado nutricional (% peso/estatura)	%	Pliegue tricípital a/ (mm)
Desnutridas ( < 90)	16.5	9.6
Normales ( 91 - 110)	36.8	14.2
Sobrepeso (111 - 120)	17.4	18.4
Obesas ( > 120)	29.3	22.8

a/ La técnica utilizada para la medición del pliegue tricípital corresponde a la del National Center for Health Statistics, de los Estados Unidos.

Se observa que existe un 16.5% de desnutridas, un 36.8% de normales, un 17.4% con sobrepeso y un 29.3% de obesas. El pliegue tricípital se vincula perfectamente con la relación peso/talla, ya que aumenta desde 9.6 mm. en las desnutridas a 22.8 mm. en las obesas. Los problemas nutricionales de las madres pobres son tanto la desnutrición (16.5%), como la obesidad (29.3%).

/La alimentación

La alimentación media consumida por 145 madres estudiadas cubre lo recomendado para los siguientes alimentos: pan, farináceos, azúcar, huevos, verduras y frutas; es deficitaria en el resto de los alimentos. Destaca la elevada ingesta de verduras y frutas, debido a que la encuesta se realizó en verano. Aporta 1 935 calorías y 54.5 gramos de proteínas totales, de los cuales 21 gramos son de origen animal.

En promedio esta alimentación proporciona el 84% de las calorías y el 109% de las proteínas recomendadas, lo que está indicando que presenta déficit calórico y no proteico.

El principal aportador de calorías y proteínas es el pan (39.5 y 33.6% respectivamente); le siguen, para las calorías, las grasas y el azúcar, y para las proteínas, las carnes y los lácteos.

b) Estado nutricional de los niños.

Cuadro 19

SANTIAGO: ESTADO NUTRICIONAL DE 553 NIÑOS POBRES DE CERO  
A SEIS AÑOS, 1980

% peso/estatura	% Niños	% Niños	% peso/edad
Desnutridos moderados (<80)	2.5	2.2	Desnutridos grado II
Desnutridos leves (81 - 90)	15.2	26.6	Desnutridos grado I
Normales (91 - 110)	65.6	58.5	Normales
Con sobrepeso (111 - 120)	11.9	8.5	Con sobrepeso
Obesos (> 121)	4.5	4.2	Obesos

El peso en relación con la estatura da información sobre el estado nutricional actual. Según este parámetro, hay un 17.7% de niños desnutridos, de los cuales el 2.5% son desnutridos moderados y 15.2% leves. Un 65.6% de los niños son normales, un 11.9% presentan sobrepeso y un 4.5% son obesos. (Véase el cuadro 19).

El peso en relación con la edad da información sobre el estado nutricional global. Según este parámetro hay un 2.2% de niños desnutridos grado II (60-75% del peso estándar), un 26.6% grado I (75-90% del peso estándar), un 58.5% de niños normales, un 8.5% de niños con sobrepeso y un 4.2% de obesos.

En el cuadro 19 se observa que los criterios para calificar el grado de nutrición dan resultados diferentes, lo que hace muy importante definir claramente los parámetros que se usan con fines de permitir comparaciones de diferentes estudios y seguir la evolución real del estado nutricional de los niños.

En el cuadro 20 se presentan, de acuerdo con el criterio de peso/edad que usa el Servicio Nacional de Salud (SNS) de Chile los resultados sobre el grado de nutrición de los 553 niños investigados, en comparación con los promedios nacionales y de Santiago en 1978 proporcionados por el SNS.

Cuadro 20

DESNUTRICION DE MENORES POR GRUPOS DE EDAD EN LA POBLACION  
POBRE CUBIERTA POR ESTE ESTUDIO Y SEGUN  
EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD (1978)

(peso/edad)

Grupos de edad (años)	Porcentaje de desnutrición		
	Según el presente estudio 1980	SNS Chile 1978	SNS Santiago 1978
0 - 1	19.5	11.2	9.3
1 - 2	29.7	16.0	16.4
2 - 6	30.9	13.0	14.6
0 - 6	28.8	12.5	13.9

Se observa que entre los niños de las familias pobres existe en todos los grupos de edad una mayor proporción de desnutridos que lo observado como promedio para todo Chile. En efecto, la cifra de desnutridos en el grupo de dos a seis años entre los pobres es 137% mayor que la registrada en el país; 86% mayor en el grupo de uno a dos años, y 74% mayor en los menores de un año. Para el grupo de cero a seis años es 130% mayor.<sup>11/</sup>

4. Distribución intrafamiliar de los alimentos  
entregados para los niños

En un intento de abordar el difícil problema de la distribución intrafamiliar de los alimentos, Eliana Largo <sup>12/</sup> realizó un estudio antropológico acerca del comportamiento de familias muy pobres en el uso y destino de productos infantiles proporcionados por el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) del SNS.

<sup>11/</sup> Comparando la población infantil pobre de Santiago con el mismo grupo etáreo atendido en los consultorios del SNS de Santiago, se observa que en el primer grupo la desnutrición entre cero y seis años es 107% mayor.

<sup>12/</sup> E. Largo, "Incidencia de los factores socioculturales en la recepción del PNAC: Un estudio exploratorio", DIPPAN/INTA, Santiago, 1980.

Se resumen solamente algunos hechos en relación con una leche en polvo que proporciona el SNS. A continuación se extracta textual y libremente de ese trabajo, que forma parte de la investigación original.

"La muestra estuvo formada por 24 familias residentes en poblaciones periféricas de Ñuñoa y Pudahuel; se utilizó una entrevista semiestructurada que cumplió la función de pauta guía. El sujeto de la entrevista fue la madre a la que se visitó como promedio tres veces, con un lapso de una semana entre cada visita".

a) Prácticas alimentarias y distribución intrafamiliar de una determinada leche en polvo:

"Se observó que en 21 familias es similar la forma de preparar y consumir este producto lácteo, así como las ocasiones en que lo ingieren y su distribución en el grupo familiar".

"La mayoría de los lactantes recibe una o más mamaderas al día; la mitad ingiere leche materna, algunos como único alimento y otros en forma alternada con la leche en polvo. (En los casos en que el menor está lactando de la madre, ésta, en su condición de nodriza, 'debería' ingerir una gran proporción de la leche, según instrucciones del Consultorio)".

"La casi totalidad de los preescolares consume periódicamente parte de la leche en polvo y, ocasionalmente, también los adultos. En la mayoría de las familias dicho producto se ocupa además en la preparación esporádica de postres (leche con sémola, con arroz, con maicena, con huevos, etc.); en el amasijo del pan y en algunas comidas (Ej.: batidos para la fritura del pescado y de verduras). Por vía de estos preparados, todo el grupo familiar participa del consumo de la leche en polvo, pero es muy difícil poder determinar la ingesta individual".

"Según las instrucciones del consultorio, la leche en polvo debiera durar 30 días, si sólo la consume el beneficiario. Es obvio que, de acuerdo con lo expuesto, su duración es mucho más breve. Por lo general, en las 23 familias que la reciben actualmente, su duración es mucho más breve..." (Véase cuadro 21).

Cuadro 21

DURACION DE LECHE EN POLVO ENTREGADA A BENEFICIARIOS POBRES

Duración	Cantidad recibida por madre al mes		
	2 kg.	3 kg.	5 kg.
7 - 8 días	3	-	-
15 días	12	-	-
20 - 25 días	2	3	1
30 días	2	-	-
Total casos	19	3	1

"En el cuadro 21 se observa que hay un total de 19 madres que recibe 2 kg. mensualmente de leche y que a la mayoría de ellas sólo le dura 15 días; hay 3 casos en que su duración no sobrepasa una semana".

"Respecto del corto tiempo de duración de la leche, algunas madres expresaron que no pueden reservarla sólo para el lactante. Sus respuestas fueron:

- "Los demás niños también la piden .... lloran por la leche".
- "Como una los va a dejar mirando. ¿No?"
- "...en esta casa si hay un huevo, todos comen del huevo: no se hacen diferencias".
- "Los más grandecitos también tienen necesidad de tomar leche".
- "Cuando no tengo plata para hacer almuerzo, les hago puras mamaderas a todos". (Tiene 5 hijos).
- "Aquí, o comimos todos o no come nadie".

b) Implicaciones programáticas en distribución de leche a familias pobres

"Las madres rechazan la distinción que establece el PNAC entre lactantes y preescolares, ya que consideran que 'todos los niños necesitan la leche', por lo que debieran ingerirla durante un período que va mucho más allá de los dos años de edad. La creencia de la mayoría es que sus hijos la necesitan 'mientras estén estudiando'. Esta situación contribuye a que perciban negativamente la acción del consultorio en este sentido, pues es en dicho lugar donde 'le quitan la leche' al menor para darle un producto de inferior calidad y sabor. (Una madre resumió el sentir de las demás cuando expresó "¡Tanta propaganda que el niño necesita tomar leche! ¿y? ....no alcanza a enterar los dos años cuando se la quitan. ¿Quién entiende?"). De lo expuesto se puede inferir que las madres perciben una inconsistencia entre lo que anteriores campañas les inculcaron y lo que implica el actual programa".

"Algunas madres manifestaron que la breve duración del producto, debido al uso y distribución que le dan, no sólo se explica porque consideran que todos sus hijos necesitan ingerir leche, independientemente de su edad, sino que fundamentalmente porque estiman que la totalidad del grupo familiar tiene derecho a participar, en alguna medida, de los escasos alimentos y recursos con que cuentan. Al respecto, en las siguientes frases se manifiestan ciertos valores y normas que están implícitos en sus pautas de conductas: "aquí, o comimos todos o no come nadie", "en esta casa si hay un huevo, todos comen del huevo, no hay diferencias".

"En consecuencia, si es la madre la que generalmente decide el uso, destino y distribución de los alimentos, en los sectores de más bajos ingresos, es parte de su rol maximizar los escasos recursos para asegurar la supervivencia de todos los miembros de su grupo familiar. Dichas decisiones estarán condicionadas, en gran medida, por sus conocimientos, creencias y costumbres respecto de lo que consideran apropiado y necesario para el consumo de su familia. Por lo tanto, cualquier programa de intervención nutricional debiera previamente considerar el contexto socioeconómico y cultural de sus beneficiarios, para aminorar la obstaculización de sus objetivos".

/Aunque aquí

Aunque aquí se plantea sólo información referente a un producto entregado a familias pobres, parece claro que la distribución intrafamiliar de los alimentos es un fenómeno complejo, difícil de medir, imposible de ignorar y que traduce profundas implicaciones socioculturales y de justicia que no pueden ser pasadas por alto en las políticas y programas.

5. Conocimientos alimentarios y hábitos de compra de alimentos

Durante el verano de 1979 se hizo una encuesta sobre conocimientos alimentarios y hábitos de compra de alimentos. La encuesta abarcó 579 dueñas de casa y se efectuó mediante una serie de 17 preguntas con dos o más alternativas de respuesta, como se aprecia en el cuadro 22.

## ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ALIMENTARIOS Y HABITOS DE COMPRA DE ALIMENTOS a/

- |   |                                     |                                     |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ¿Quién debe tomar más leche?                                 |                                     |                                     |
| 1. Una embarazada   | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 2. Una mujer que amamanta                                       | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 2. Un niño debe tomar pecho hasta la edad de.....               | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Los niños de su hogar consumen en mayor cantidad:            |                                     |                                     |
| 1. Té ;      2. Bebidas;      3. Leche                          | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 4. ¿Cuántas tazas de leche al día necesita un niño de 2-6 años? | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 5. La leche deben consumirla preferentemente:                   |                                     |                                     |
| 1. Los niños de 0-2 años  |                                     |                                     |
| 2. Los niños de 2-6 años  | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 3. La madre   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 6. Tienen mayor necesidad de carnes:                            |                                     |                                     |
| 1. Los adultos  | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 2. Los niños  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 7. El pescado alimenta:   |                                     |                                     |
| 1. Más que el vacuno  |                                     |                                     |
| 2. Igual que el vacuno  | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 3. Menos que el vacuno  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 8. Los caldos en cubito:  |                                     |                                     |
| 1. Dan más sabor  | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 2. Alimentan mejor  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 9. Las vitaminas:   |                                     |                                     |
| 1. Vienen en las verduras                                       | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 2. Sólo vienen en píldoras                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 10. Los alimentos del hogar los compran                         |                                     |                                     |
| 1. Los padres   | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 2. Otros  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 11. El aceite lo compra:  |                                     |                                     |
| 1. Por 1/4; 1/2 lt.   | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 2. Por \$10; \$15; \$50   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 12. La carne la compra:   |                                     |                                     |
| 1. Por 1/3; 1/2 kg.   | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 2. Por \$10; \$30; \$50   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 13. Si con \$15 tiene que comprar una sola cosa. ¿cuál elige?   |                                     |                                     |
| 1. 1/4 té   | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 2. Un litro de leche  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 14. ¿Con \$25, cuál elige?                                      |                                     |                                     |
| 1. Un kilo de porotos   | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 2. Un kilo de tallarines  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 15. ¿Con \$30 cuál elige?                                       |                                     |                                     |
| 1. 1/2 kg. de huesos  | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 2. Un kg. de pescado  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 16. Los alimentos se protegen de las moscas:                    |                                     |                                     |
| 1. Para que duren más   | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 2. No transmitan enfermedades                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 17. El tífus se produce por comer alimentos:                    |                                     |                                     |
| 1. Con mucha grasa  | <input type="checkbox"/>            |                                     |
| 2. Contaminados   | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |

/Nueve preguntas

a/ Las respuestas correctas aparecen marcadas.

Nueve preguntas se referían a conocimientos de alimentación o nutrición; seis a hábitos de compra de alimentos y dos a saneamiento ambiental.

En el cuadro 22 se aprecian los resultados, por áreas de conocimiento, clasificados en buenos, regulares o malos, según el porcentaje de personas que contestaron correctamente cada pregunta. (Véase también el cuadro 23).

Cuadro 23

SANTIAGO: CONOCIMIENTOS ALIMENTARIOS Y HABITOS DE COMPRA DE ALIMENTOS EN 579 DUEÑAS DE CASA POBRES, 1979

Pregunta	% de personas con respuestas correctas <sup>a/</sup>		
	Menos de 50 Malo	51 a 75 Regular	Más de 75 Bueno
Conocimientos de nutrición (9 preguntas)	1	37	
	2	33	
	4	37	
	7	34	
	3		65
	5		66
	6		82
	8		89
	9		93
Hábitos de compra de alimentos (6 preguntas)	13	73	
	15	74	
	10		92
	11		96
	12		79
	14		87
Conocimientos de saneamiento (2 preguntas)	16		92
	17		93

<sup>a/</sup> El resultado para cada pregunta fue calificado según el porcentaje de dueñas de casa que la contestaron correctamente.

Se aprecia que en saneamiento y en hábitos de compra los resultados son muy buenos, y que apenas dos preguntas obtienen resultado regular en hábitos (33.3%); la situación no es tan satisfactoria en lo que toca a conocimientos, donde hubo cuatro preguntas con resultados malos (44.4%), dos con regulares (22.2%) y tres con buenos (33.3%).

De las 17 preguntas, tienen resultado malo el 23.5%, regular el 23.5% y bueno el 53%. Parecería entonces que el estrato pobre invirtiera bien su dinero al comprar sus alimentos, y supiera cómo conservarlos, ya que no se puede dar el lujo de malgastar en las compras.

/Los conocimientos

Los conocimientos alimentarios del chileno son malos, de acuerdo a los diferentes estudios realizados por el INTA. En efecto, sólo tienen buenos conocimientos alimentarios el 4% de las madres consultantes en el Servicio Nacional de Salud, el 17% de los estudiantes que ingresan a la Universidad de Chile y el 30.6% de los profesores de enseñanza básica y media; éstos dos últimos grupos se estudiaron en las ciudades de Antofagasta, Santiago y Temuco.

6. Antecedentes sobre salud de adultos y niños pobres

Aunque el objetivo principal del estudio no era profundizar en este aspecto, se consideraron algunos indicadores simples sobre morbilidad, mortalidad y acceso al sistema de salud. Se encuestaron 579 hogares en el verano de 1979, preguntando acerca de la existencia de diarreas en los últimos siete días (adultos y niños); si se consultó por algún problema de salud y a quién en igual período de tiempo; si se retiraba leche del SNS para los menores de dos años; duración de la lactancia y finalmente, sobre número de hijos nacidos vivos y de hijos muertos antes del año de edad.

a) Existencia de diarrea en los últimos siete días

Este parámetro suele ser difícil de medir, pues la definición clínica de diarrea (una o más deposiciones líquidas en el día) no siempre es la que tiene la población o la madre en este caso. Con dicha limitación se señala que hubo 13.5% de los hogares que tuvieron niños con diarrea y 7.1% de hogares con adultos que sufrieron igual enfermedad.

b) Consultas por problemas de salud de niños y adultos en los últimos siete días

Sólo el 17.5% de los hogares encuestados señalaron que los adultos habían consultado por alguna enfermedad en los últimos siete días, y el 13.9% de ellos efectuaron consultas por niños.

En el cuadro 24 se resume la información sobre la persona profesional u otra que fue consultada por los enfermos.

Cuadro 24

PERSONA CONSULTADA POR ENFERMEDAD DE ADULTOS Y NIÑOS  
DE 579 HOGARES POBRES.

Persona consultada a/	Adultos		Niños	
	%	% por tipo	%	% por tipo
Médico	12.4	70.9	9.8	70.5
Enfermera, matrona, nutricionista	4.1	23.4	3.6	25.9
Auxiliar de salud	1.0	5.7	0.5	3.6
<u>Totales</u>	17.5	100	13.9	100

a/ No hubo consultas confesadas a curanderos, "meicas" o yerbateros.

/c) Acceso real

c) Acceso real de niños menores de dos años al Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Servicio Nacional de Salud

De acuerdo a lo establecido el 100% de estos niños tienen derecho a acceder gratuitamente al SNS para atención médica y alimentación complementaria. Sin embargo, en este grupo existían 131 familias con niños menores de dos años, de las cuales sólo retiraban leche 113, es decir el 86.3%. Aunque la cifra es alta, está muy por debajo del promedio de cobertura del SNS, que es de 96% en este grupo de edad.

Si se considera el retiro de la leche como un indicador de acceso al SNS, habría un 13.7% de los niños que no se estarían beneficiando de este programa gratuito de salud.

d) Morbilidad en adultos y niños de 512 hogares pobres

Para completar la información sobre salud de las familias pobres en la cuarta encuesta (invierno de 1979) se estudiaron 512 hogares; se preguntó por la existencia de personas enfermas en los últimos 30 días y qué tipo de enfermedad tuvieron. En el cuadro 25 se resume esta información.

Cuadro 25

SANTIAGO: ENCUESTA DE MORBILIDAD EN 512 HOGARES POBRES, 1979

Enfermedad	Enfermedad en últimos 30 días		Nº de personas afectadas			
	Nº de familias	%	1	2	3 ó más	
			Nº	%	Nº	%
CON	343	67				
SIN	169	33				
Respiratorias	213	47.5	193	37.7	50	9.8
Infecciosas	42	8.2	42	8.2	--	
Crónicas	89	17.4	88	17.2	1	0.2
Mentales	46	9.0	45	9.0	1	0.2
Otras	88	17.0	86	16.8	2	0.2

En el 67% de los hogares existieron personas con alguna enfermedad, comparadas con el 17.2% obtenido por Medina en una encuesta en 422 hogares representativos del Gran Santiago en 1978.

La patología más frecuente son las enfermedades respiratorias (47.5%) y crónicas (17.4%); las infecciosas, que incluyen las digestivas (diarreas), aparecen sólo con 8.2%, pero debe recordarse que la encuesta se hizo en invierno.

Comparados estos resultados en hogares pobres con la encuesta del Gran Santiago, se observa:

- Frecuencia semejante de enfermedades respiratorias - 47.5%, y 43.2% según Medina - aunque un poco mayor en los pobres.
- Las enfermedades digestivas (incluidas en las infecciosas), aparecen más bajas en los pobres (8.2%) que en la encuesta de Medina (12.9%), pero en épocas distintas.
- Mayor prevalencia de crónicas en pobres (17.4%), contra 9.1% en el estudio de Medina.
- Las enfermedades mentales aparecen con una prevalencia parecida en ambos estudios.

Aunque con limitaciones, estos datos de morbilidad aparecen muy útiles para establecer programas destinados a grupos pobres, ya que revelarían una carga de enfermedad 3.6 veces mayor que el promedio de todos los grupos socioeconómicos encuestados por Medina (63% contra 17.2%). Obviamente no es lo mismo sentirse enfermo que padecer realmente una enfermedad, pero en este complejo problema de medir la morbilidad de las poblaciones, todo esfuerzo es valioso.

#### e) Mortalidad infantil en familias pobres

La mortalidad infantil <sup>13/</sup> es uno de los mejores indicadores de la situación de salud y del nivel socioeconómico de las comunidades. Su descenso es una meta común de las políticas generales y específicas, y habitualmente se usa para medir el éxito de determinados programas.

Sin duda ella es diferente en los distintos niveles socioeconómicos, o regiones de distinto nivel de desarrollo. Refleja así el impacto final de múltiples factores que influyen en la vida del niño como indicador de la situación de su comunidad.

Por ello se estudió la mortalidad infantil en 535 familias pobres, analizando el número total de hijos vivos tenidos por cada madre del grupo y el número de estos niños que fallecieron antes de cumplir un año; esta metodología permite establecer la tasa de mortalidad infantil de cada familia o grupo, tomada a lo largo de la vida de las madres y sus hijos en el primer año.

En el cuadro 26 se resume esta importante información.

---

<sup>13/</sup> Tasa de mortalidad infantil: niños muertos antes de un año por 1000 nacidos vivos.

Cuadro 26

SANTIAGO: MORTALIDAD INFANTIL EN HIJOS DE 535 MADRES POBRES, 1979

Familias	Nº	%	Nº hijos nacidos vivos	Nº hijos muertos antes del año	Tasa de mortalidad infantil
Sin hijos muertos antes del año	376	70.3	1 293	0	0
Con hijos muertos antes del año	159	29.7	875	268	306
Totales	535	100	2 168	268	123.6

La tasa de mortalidad infantil en familias pobres es de 123.6 por mil nacidos vivos, que se eleva a 306 en aquellas familias que han tenido hijos muertos antes del año (4 y 10 veces la mortalidad infantil de Chile en 1980).

Es muy importante señalar que en el 29.7% de las familias pobres hubo hijos muertos menores de un año; estas familias con muerte infantil debieran ser diferenciadas para políticas y programas específicos, lo que habitualmente no se hace. Se propone que esta característica sea usada como indicador ("Familia con hijo muerto menor de un año").

En el cuadro 27 se aprecia que incluso hay 11% de familias con dos o más hijos muertos antes del año de vida.

Cuadro 27

GRAN SANTIAGO: MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO EN 535 FAMILIAS POBRES, 1979

Hijos muertos menores de un año	Nº de familias	%
Sin	376	70.3
1	100	18.7
2	37	6.9
3 o más	22	4.1

### III. NIVELES DE SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS RECOMENDADOS PARA ESTA POBLACION

La medición del bienestar se puede enfocar desde dos puntos de vista: por la satisfacción de elementos subjetivos tales como aspiraciones, satisfacciones, percepciones, etc., o la de elementos objetivos como son las condiciones de vida. El nivel de vida corresponde entonces, al grado de satisfacción de las necesidades de los individuos y es determinado por los recursos y oportunidades que se les brinde.

En el presente estudio se han considerado las siguientes necesidades básicas: ingresos, vivienda, educación, empleo, salud y alimentación.

Si bien, lo justo es la cobertura universal de ellas, esto es por ahora prácticamente imposible, pudiéndose identificar fácilmente, grupos marginados en todas las colectividades.

La presentación de las recomendaciones para cada necesidad y de los indicadores que se utilizan para medir el grado de satisfacción, se ha elaborado considerando:

- Algunos criterios de estudios o recomendaciones internacionales, o para Chile
- El grado de satisfacción de las necesidades en Chile y en el Santiago urbano
- Los objetivos y metas de la estrategia nacional de desarrollo económico y social de Chile
- Los criterios utilizados en el presente caso.

#### A. INGRESO

La dificultad para obtener información confiable de este indicador lo limita en su uso; por esto se recomienda utilizarlo en combinación con otros para los estudios de pobreza. Se han desarrollado diferentes metodologías para medir pobreza. Una de ellas está dada por la relación entre el ingreso real y el ingreso mínimo necesario para satisfacer las necesidades básicas.

El uso del parámetro de la canasta básica de alimentos clasifica como pobres aquellos grupos cuyos ingresos percibidos sean inferiores a dos veces el costo de la canasta mínima de alimentos, y como indigentes a aquellos cuyos ingresos estén por debajo del costo de la canasta básica.

En el cuadro 28, adaptado de Altimir (1978), se resumen algunas cifras usando este último criterio.

Cuadro 28

CHILE: POBREZA ABSOLUTA Y BRECHA DE INGRESO a/  
(Porcentajes)

	Urbano	Rural	Nacional
Hogares bajo la línea de pobreza (alrededor de 1970)	12	25	17
Hogares bajo la línea de indigencia (alrededor de 1970)	3	11	6
Brecha de ingreso: <u>a/</u>			
Fishlow (1972)			2.2
Anand (1977)			2.1
Altimir (1978)			6.2

Fuente: Altimir (1978)

a/ Déficit de ingreso como porcentaje del ingreso necesario para quedar en la línea de pobreza.

Se destaca que en este estudio se estimó el ingreso por el gasto total, como se explicará posteriormente.

En la estrategia nacional de desarrollo económico y social se reconoce implícitamente la magnitud del problema de ingresos al plantear como metas oficiales "la redistribución del ingreso y la erradicación de la extrema pobreza".

## B. VIVIENDA

La necesidad básica de vivienda puede ser abordada desde dos puntos de vista: en su aspecto cuantitativo, cuyo indicador sería la cobertura, y en su aspecto cualitativo, con indicadores tales como hacinamiento, abastecimiento de agua potable y disponibilidad de baño.

Las Naciones Unidas reconocen que el problema de vivienda no reside tanto en el aspecto cuantitativo como en el cualitativo de ellas, reflejando las desigualdades en los diferentes tipos de vivienda.

### 1. Hacinamiento

El máximo aceptable de moradores por cuarto fluctúa entre dos y cuatro personas. (A. García, 1979). Otra forma de medirlo sería por el porcentaje de viviendas con tres o más personas por cuarto (UNICEF, 1979); otra, la que recomienda Cortázar (1977) de transformar a los moradores, de acuerdo a su edad, en "adulto equivalente" y considerar como hacinamiento 1.4 adultos equivalentes por cuarto (1977).

/El Mapa

El Mapa de la Extrema Pobreza en Chile <sup>14/</sup> considera hacinamiento la existencia de 4 o más moradores por cuarto.

## 2. Agua potable

Se mide por el porcentaje de la población o de las viviendas que carecen del servicio. En sus anuarios estadísticos, la CEPAL presenta el déficit como porcentaje de la población que cuenta con agua. El UNICEF (1979), en cambio, lo presenta como el porcentaje de viviendas que carecen de agua en su interior o hasta 100 metros a su alrededor.

## 3. Disponibilidad de baño

Existen también diferentes formas de cuantificar el déficit (García, UNICEF): Porcentaje de viviendas con alcantarillado o fosa séptica, porcentaje de baños con descarga de agua, porcentaje de población con alcantarillado, y porcentaje de viviendas ocupadas con retrete.

Se puede así usar como patrones de comparación las cifras medias existentes en diferentes períodos; así, por ejemplo, la proporción de familias con hacinamiento en Chile (tres o más personas por cuarto) el año 1974, era de 17.4%, siendo de 14.7% en zona urbana y 26.8% en zona rural. Así mismo, en 1974 las viviendas con agua potable interior o en 100 metros alrededor era de 62%, 78.9% y 11.4% para Chile total, urbano y rural respectivamente, habiendo mejorado a 92% en 1977. Finalmente se puede emplear el porcentaje de déficit de vivienda, siendo en Santiago urbano de 18.4% en 1970, proyectado a 23.7% para 1974, por el Ministerio de la Vivienda.

## C. EDUCACION

El acceso a la educación debe ser universal y es responsabilidad del Estado velar por que este derecho se ejerza. Algunos de los indicadores utilizados en el estudio fueron el analfabetismo, número de años de estudio y los niveles de instrucción.

- Analfabetismo: % de analfabetismo en población mayor de 10 años  
% de analfabetismo en población de 15 y más años  
% analfabetismo funcional (aquellos que han aprobado de uno a tres años) (H. Roma, 1980).
- Promedio de años de estudio o niveles de instrucción: El UNICEF cuantifica el problema distinguiendo entre las siguientes categorías en la población mayor de 15 años:
  - Sin instrucción
  - Instrucción primaria (1 a 3 años)
  - Instrucción primaria (4 a 6 años)
  - Secundaria
  - Superior

---

<sup>14/</sup> Véase Mapa Extrema Pobreza, op. cit.

En el Anuario Estadístico de América Latina, 1979, la CEPAL presenta estas cifras como tasa de escolaridad entre los seis y los 23 años, y por diferentes tramos de edades.

C. Filgueiro (1980), por su parte, reconoce cinco categorías o tramos de educación para la población mayor de 15 años:

- Ninguna instrucción
- Primaria inferior
- Primaria superior
- Secundaria
- Universitaria

J.C. Tadesco (1980) utiliza 10 años de escolaridad para empleados y siete para artesanos y operarios.

Respecto a los parámetros anteriores, cabe señalar los siguientes objetivos planteados en la estrategia chilena de desarrollo, a saber: "Disminución al máximo del analfabetismo: hacer efectiva la obligación legal de que el 100% de la población posea educación básica completa, y promover el desarrollo de la educación media de forma que pueda recibirla todo aquél que desee continuar sus estudios".

Hay que hacer notar que la educación básica en Chile es obligatoria y dura ocho años desde 1967 (con anterioridad era de seis años); el analfabetismo en 1970 era de 11.7% (medido en porcentaje de la población de 15 y más años), y los porcentajes por nivel de instrucción eran: sin instrucción, 10.1; primaria (1 a 3 años), 18.7; primaria (4 a 6 años), 44.7 y secundaria más superior 26.5%.

#### D. EMPLEO

El derecho a empleo productivo para toda la población económicamente activa está implícito en el modelo de desarrollo que busca la satisfacción de las necesidades básicas.

Para la OIT el objetivo de lograr pleno empleo en los países implica:

- Que el volumen y la productividad del empleo den como resultado primario niveles adecuados de consumo de determinados productos y servicios esenciales
- Que toda persona capacitada para el trabajo y deseosa de trabajar encuentre un empleo debidamente retribuido.

Los problemas de empleo desde el punto de vista de la población pueden ser cuantificados utilizando los siguientes parámetros:

Desempleo: Personas sin empleo y en busca de trabajo.

Subempleo: Personas empleadas durante un tiempo inferior al normal y que buscan o aceptarían más trabajo, y personas con empleo que rinden ingresos inadecuados (OIT, 1976).

/El Departamento

El Departamento de Economía de la Universidad de Chile, en sus encuestas de ocupación y desocupación en el Gran Santiago, utiliza los siguientes parámetros:

- Personas ocupadas y personas desocupadas en relación con la fuerza de trabajo. (Define la fuerza de trabajo como la población de catorce y más años, ocupada y desocupada).
- Personas ocupadas que durante la semana cubierta por la encuesta se encontraban trabajando o empleadas.
- Personas desocupadas que buscaban activamente trabajo. Entre los desocupados distingue dos grupos: aquéllos que buscan trabajo por primera vez, y los cesantes, que son aquéllos que han perdido su ocupación y buscan un nuevo trabajo (Departamento de Economía de la Universidad de Chile, 1980).

Considerando que "debe garantizarse el acceso al trabajo a todas las personas que lo deseen y lograr que se trate de un empleo estable y productivo", es obvio que las cifras de desocupación señalan la proporción en que no se cumple esta necesidad básica.

#### E. SALUD

La estimación del nivel de salud de una población presenta dificultades que aún no han podido ser resueltas. Tradicionalmente se han utilizado indicadores de mortalidad general, esperanzas de vida al nacer, mortalidad infantil, etc.

La principal limitación radica en que tales indicadores suelen no ser representativos de los problemas de salud habituales de una población. Sin embargo son útiles para medir el grado de satisfacción de esta necesidad básica en colectividades.

El procedimiento óptimo para conocer realmente la situación de salud lo constituye el examen de toda la población, sistema que resulta impracticable. Las encuestas de morbilidad y atención médica de una población constituyen un sistema de menor complejidad y costo, pues permiten adquirir una idea completa de lo que está ocurriendo en una localidad en un momento dado (Medina, 1978).

Algunos indicadores que representan mejor la frecuencia y las causas de las enfermedades son:

- Nº de consultas por persona por año
- Diagnósticos más frecuentes en las consultas por patología aguda
- Diagnósticos más frecuentes en las consultas por patología crónica
- Magnitud del gasto realizado en salud
- Formas de solución de las necesidades de salud de la población.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en sus "Estrategias regionales de Salud para Todos en el año 2000" entrega las siguientes cifras de mortalidad infantil como metas mínimas promedio de los años 1995-2000 para ser usadas como indicadores del cumplimiento de la necesidad de salud.

Cuadro 29

MORTALIDAD INFANTIL EN LAS AMERICAS, 1980a/

Subregiones y áreas	Mortalidad infantil (Muertos menores de de un año por 1 000 nacidos vivos) 1975-1980	Tasas estimadas de mortalidad infantil 1995-2000
Total de la región	41.5	23.9
A) América Latina	66.8	26.4
1. Area Andina	75.9	27.1
2. Cono Sur	36.8	25.7
B) Caribe	28.4	17.7
C) América del Norte	21.8	19.6

a/ Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OMS), 1980.

Con la mortalidad infantil en 31.9 por 1 000 nacidos vivos en 1980, Chile está muy cerca de la meta esperada para el Cono Sur en 1995-2000, la que incluso ya está superada en la Región Metropolitana (22 por 1 000 nacidos vivos).

Los Gobiernos Miembros de la OMS/OPS han acordado que la principal meta para los próximos decenios debe ser "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva".

Como elementos de comparación con otros indicadores señalados pueden usarse las siguientes cifras chilenas:

- Consultas anuales en el SNS por habitante 2.3 (1975)
- Consultas anuales por habitante (según encuesta de morbilidad de 2 semanas) 2.58 (1977)
- Gasto anual medio en salud por habitante 33.4 dólares (1977)

En los cuadros 30 y 31 se presentan cifras sobre episodios de morbilidad que también suelen usarse como indicadores.

Cuadro 30

SANTIAGO: DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES DE PATOLOGIA AGUDA, 1978

Grupo de causas	Porcentaje de los diagnósticos	Episodios anuales por persona
Respiratorias	43.2	0.74
Gastrointestinales	12.9	0.22
Hepatobiliares	8.8	0.15
Accidentes	8.5	0.15
Piel	8.2	0.14
Otras causas	18.4	0.37

Fuente: Medina y Kaempffer, 1979.

Cuadro 31

SANTIAGO: DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES DE ENFERMEDADES CRONICAS, 1978

Grupo de causas	Porcentaje de los diagnósticos	Prevalencia en la población %
Circulatorias	35.9	3.6
Reumatológicas	11.8	1.2
Metabólicas y nutritivas	11.3	1.1
Respiratorias	9.8	1.0
Mentales	8.4	0.8
Otras	22.8	2.1

Fuente: Medina y Kaempffer, 1979.

Finalmente podrían usarse las metas propuestas por la Estrategia Nacional de Desarrollo Económico y Social (ODEPLAN, 1977) respecto a las tasas aproximadas que deberían alcanzarse, a saber: mortalidad infantil, 30 por cada 1 000 nacidos vivos, y mortalidad general, 0.56% de la población

/En la

En la cobertura de las necesidades de salud, difícilmente pueden establecerse niveles mínimos discriminados, dado que no existe justificación ética que las respalde. Se ha planteado para la población de 0 a 18 años y para las mujeres gestantes el 100% de cobertura en cuanto a control y atención.

#### F. ALIMENTACION

Como se sabe, existen recomendaciones internacionales y nacionales sobre porcentajes de cobertura tanto calórica como proteica, que se comentan más adelante a propósito de los resultados del presente estudio.

#### G. CRITERIOS UTILIZADOS EN ESTE ESTUDIO

En el cuadro 32 se resumen los criterios utilizados en este caso para considerar las diferentes necesidades; la justificación de la elección aparece especificada a propósito de cada una de ellas.

Cuadro 32

#### GRAN SANTIAGO: CRITERIOS UTILIZADOS PARA LA COBERTURA DE NECESIDADES BASICAS

Variables	Criterios de cobertura
Ingreso	Dos veces el costo del 90% de la canasta familiar expresada en calorías
Adecuación calórica	90% de lo recomendado para el grupo familiar
Adecuación proteica	90% de lo recomendado para el grupo familiar
Hacinamiento	Más de tres personas por dormitorio
Promiscuidad	Más de una persona por cama (Nº de personas en la familia menos uno)
Escolaridad madre	Seis años de estudios
Escolaridad padre	Seis años de estudios

IV. DETERMINACION DEL GRADO DE INSATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS

A. ANALISIS DE ALGUNAS VARIABLES

La información que aporta este caso permite analizar la insuficiente cobertura de necesidades básicas en la población, estudiada a través de cuatro variables. Ellas son: ingreso, alimentación, vivienda (que incluye como componentes el grado de hacinamiento y el de promiscuidad) y educación. El grado de insatisfacción de las necesidades básicas en estas variables se mide por el porcentaje de la población que no llega a los niveles mínimos recomendados, por la situación media de las familias que no alcanzan a satisfacer esos requerimientos, y por la situación del cuartil inferior (156 familias). Véase el cuadro 33).

Cuadro 33

GRAN SANTIAGO: RESUMEN DE LOS DEFICIT EN LA COBERTURA DE NECESIDADES BASICAS DE 627 FAMILIAS POBRES, 1978

Variables	% de familias con déficit	Déficit	
		En promedio de familias deficitarias	En el cuartil inferior
Ingresos mensuales	83	3 352 pesos	6 273 pesos
Adecuación calórica	55	22 %	40 %
Adecuación proteica	41	23%	34 %
Hacinamiento	8.7	1.2 <u>a/</u>	0.2 <u>a/</u>
Promiscuidad	58.9	0.69 <u>b/</u>	0.9 <u>b/</u>
Educación:			
- Escolaridad de la madre	46	3.1 <u>c/</u>	4.5 <u>c/</u>
- Escolaridad del padre	33	2.5 <u>c/</u>	2.9 <u>c/</u>

a/ Personas en exceso por dormitorio

b/ Personas en exceso por cama

c/ Años de estudio para completar seis años.

Como un comentario general se puede señalar que los problemas que indican con más frecuencia las familias deficitarias son el déficit de ingresos, la promiscuidad y el déficit alimentario. En la alimentación se aprecia que la insuficiencia calórica aparece más grave que la proteica. En relación a la escolaridad, los indicadores muestran marcadas deficiencias, especialmente en el caso de las madres. (Véase nuevamente el cuadro 33). El hacinamiento aparece como el problema menos serio de los examinados.

/A continuación

A continuación se analiza brevemente cada una de las variables enumeradas.

### 1. Ingreso

El ingreso de la familia fue considerado equivalente al gasto total; la línea de ingresos para calcular el déficit se estableció para cada familia.<sup>15/</sup>

De acuerdo con la metodología aplicada, se determinó que 480 hogares, lo que representa un 83% de ellos, tenían déficit de ingresos, por lo que este problema apareció como uno de los más serios enfrentados por este sector de población.

El promedio del saldo negativo en las familias con déficit de ingresos fue de 3 352 pesos mensuales; para cubrirlo se precisaría un incremento medio de sus ingresos de 73%. El cuartil inferior acusó un déficit medio de 6 273 pesos; se necesitaría aumentar su ingreso en 140% para cubrirlo.

Llama la atención que los ingresos de las familias medias con déficit (4 595 pesos) fuera muy similar al ingreso de la familia media del cuartil inferior (4 494 pesos). La diferencia estriba principalmente en el tamaño de las familias, que se traducen en necesidades de ingresos diferentes. Así, los 480 hogares con déficit de ingreso están integrados en promedio por 5.7 personas; en cambio, aquellos pertenecientes al cuartil con mayor déficit tienen en promedio 7.5 personas. Nuevamente aparece aquí el tamaño de la familia como uno de los factores más importantes en la satisfacción de las necesidades básicas.

### 2. Alimentación

Se consideró como ingestión calórica y proteica mínima la que cubre el 90% de las recomendaciones nutricionales. Se observó que 346 hogares (55.2%) adolecían de insuficiencia calórica, ya que sólo ingerían el 68% de las calorías recomendadas. Su consumo debería subir en alrededor de un tercio (32%) para cumplir con las recomendaciones al respecto.

El cuartil en situación inferior sólo ingiere 50.1% de las calorías recomendadas. Este sector debería incrementar su consumo de calorías en 79.6% para alcanzar los niveles mínimos recomendados.

Con respecto a las proteínas, 256 hogares (es decir, 40.8% de la muestra) están por debajo del 90% de la ingestión recomendada. Su consumo medio de proteínas fue de 67% del recomendado, por lo que debería subir 34% para eliminar el déficit. El cuartil inferior tuvo en promedio una adecuación de 56%, de modo que su consumo debería incrementarse en 60.7%.

---

<sup>15/</sup> Como ya fuera explicado en la Sección III, se consideró ingreso deficitario aquél inferior al doble del costo de una canasta familiar de alimentos que suministre el 90% de los elementos energéticos recomendados.

### 3. Vivienda

### 3. Vivienda

#### a) Hacinamiento 16/

Se consideró que adolecían de hacinamiento las familias en que había más de tres personas por dormitorio. De un total de 621 viviendas sobre las cuales se obtuvo información válida, se encontró hacinamiento en 54, lo que sólo representa un 8.7%. En promedio, el hacinamiento de estas viviendas fue de 4.2 personas por dormitorio. La situación del cuartil inferior arrojó un promedio de 3.17, pues incluye familias no hacinadas.

Si se considera que en este estudio cada familia tiene en promedio 5.26 personas, y que las familias hacinadas tuvieran el tamaño medio, se puede considerar que si dispusieran de un cuarto más casi todas estas familias perderían la condición de hacinadas.

#### b) Promiscuidad

Para calcular el índice de promiscuidad, se restó al tamaño familiar una persona, y el resultado se dividió por el número total de camas. 17/ Se consideró como familia con problemas de promiscuidad aquéllas que tenían más de una persona por cama.

Con esta clasificación, se concluyó que en 369 hogares (58.9%) había promiscuidad, y que ésta en promedio correspondía a 1.69 personas por cama (es decir, había 0.69 personas en exceso por cama). Conviene recordar las limitaciones que pueden presentar estas cifras, como consecuencia de la metodología simplificada que se utilizó.

El cuartil de situación inferior tuvo un índice promedio de 1.9 personas por cama, lo que significa un déficit de camas de casi 50% (tienen algo más de la mitad de las que necesitarían).

### 4. Educación

La información sobre escolaridad de los padres se obtuvo de una submuestra de 230 hogares. El déficit de educación se mide por el número de años faltantes para llegar a seis años de enseñanza primaria.

En 226 madres para las cuales se dispuso de información válida, 103 de ellas (45.6%) habían cursado menos de seis años. Su escolaridad media era de sólo 2.9 años. El cuartil inferior acusó sólo 1.5 años de estudio.

De los 187 padres, 62 (33%) habían cursado menos de seis años, siendo el promedio de 3.5 años de estudio. El cuartil inferior había cursado 3.1 años. Como se ve, la situación educativa de los padres era discretamente mejor que la de las madres.

---

16/ Para calcular el hacinamiento se consideró el número de personas por vivienda, dividido por el número estimado de dormitorios. Para esta estimación se tuvo que trabajar con el número de habitaciones y reducirlo considerando la existencia de baño y cocina, y el tamaño de la vivienda.

17/ Para simplificar el cálculo se supuso que en cada familia había sólo un matrimonio. Además, no se hizo corrección alguna por la existencia de niños menores.

B. ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS INCLUIDAS EN EL CUARTIL CON MAYOR DEFICIT DE INGRESOS (156 FAMILIAS)

De estas familias, 138 (88.5%) acusaron insuficiente ingestión calórica; en 138 hogares (88.5%) había promiscuidad; en 83 hogares (53%) se observaba hacinamiento. El cuadro 34 pone de relieve las diferencias entre los diversos indicadores de este grupo de hogares, y los del promedio de la muestra.

Cuadro 34

GRAN SANTIAGO: (MUESTRA): FAMILIAS DEFICITARIAS EN LA MUESTRA TOTAL Y EN EL CUARTIL INFERIOR  
(Porcentajes)

	En la muestra total	En el cuartil inferior
Con déficit de ingreso	83	100
Con déficit calórico	55	88.5
Con déficit de vivienda medido por:		
a) Promiscuidad	58.9	88.5
b) Hacinamiento	9.7	53.2

C. PROPORCION DE LAS FAMILIAS CON DOS O MAS NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS EN RELACION CON LOS NIVELES RECOMENDADOS

En el cuadro 35 se aprecia en 619 familias el grado de satisfacción de tres necesidades básicas (adecuación calórica, ingreso y calidad de la vivienda) y el grado de hacinamiento).

Cuadro 35

GRAN SANTIAGO (619 FAMILIAS POBRES): INSATISFACCION DE DOS O MAS NECESIDADES BASICAS

	Nº de familias	% del total
a + b	312	50.6
b + c	290	46.8
a + c	183	29.6
a + b + c	173	27.9
a + b + c + d	23	3.7

a = adecuación calórica    b = ingreso    c = vivienda    d = hacinamiento

/Se observa

Se observa que las variables que afectan negativamente a un mayor porcentaje de familias son la insuficiencia del ingreso y la insuficiente ingestión calórica. Así, de un total de 619 familias, 313 (50.6%) sufren ambos problemas simultáneamente; la inexistencia de agua o baño dentro de la vivienda afecta a 173 familias (28% del total).

Del cuadro 35 se desprende que 23 familias que estarían por debajo de los niveles recomendados para satisfacer las cuatro necesidades básicas mencionadas. Estas familias son en promedio muy extensas (8.5 personas), una tasa de dependencia elevada (4.2) y un déficit de ingreso mensual de 7 220 pesos. En otras palabras, se encuentran en una situación deplorable.

#### V. ANALISIS DE ALGUNOS POSIBLES FACTORES CONDICIONANTES DE LA INSATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS

En esta sección se analiza una serie de relaciones entre posibles factores condicionantes e indicadores socioeconómicos relacionados con los niveles de satisfacción de algunas necesidades, a saber: el subconsumo de alimentos, el nivel de hacinamiento, el estado nutricional de los niños, y la mortalidad infantil.

##### A. RELACION DEL SUBCONSUMO DE ALIMENTOS CON ALGUNOS POSIBLES FACTORES CONDICIONANTES

###### 1. Relación del subconsumo con el ingreso

Esta relación puede apreciarse en forma precisa a través del grado de adecuación calórica y proteica de las familias con respecto al ingreso familiar y al ingreso per cápita; con este último valor se puede modificar en parte el efecto del tamaño de la familia. (Véanse los cuadros 36 y 37). También el análisis pretende usar más adelante el concepto de equivalente adulto, que permite traducir el tamaño de la familia a unidades homogéneas desde el punto de vista de las necesidades alimentarias.<sup>18/</sup>

Cuadro 36

#### GRADO DE ADECUACION CALORICA DE LAS FAMILIAS EN RELACION CON EL INGRESO FAMILIAR a/

Cuartil	Niveles de ingreso familiar (pesos)	Porcentaje de adecuación	
		Calórica	Proteica
1	- 3 315	76.7	82.4
2	3 316 a 4 592	88.4	93.1
3	4 593 a 6 340	95.7	110.6
4	6 341 y más	98.2	118.3

a/ El ingreso total se ha considerado equivalente al gasto total.

<sup>18/</sup> La equivalencia en adultos de una familia se calcula a partir de las necesidades calóricas totales de la familia dividida por las necesidades de un adulto medio.

/Las agrupaciones

Las agrupaciones por cuartiles de la información sobre ingreso familiar e ingreso per cápita permiten apreciar la alta relación que existe entre el nivel de ingreso y el grado de adecuación calórica y proteica.<sup>19/</sup>

Mientras el cuartil de más bajo nivel de ingreso familiar presenta adecuación calórica y proteica de 76.7% y 82.4%, respectivamente, el cuartil más alto muestra valores bastante superiores (98.2 y 118.3, respectivamente).

Cuadro 37

GRADO DE ADECUACION CALORICA Y PROTEICA DE LAS FAMILIAS  
EN RELACION CON EL INGRESO FAMILIAR MEDIO PER CAPITA

Cuartil	Niveles de ingreso per cápita (pesos)	Porcentaje de adecuación	
		Calórica	Proteica
1	- 665	64.1	69.8
2	666 - 917	84.2	95.7
3	918 - 1 316	93.4	106.8
4	1 317 y más	112.8	132.2

Con relación al ingreso per cápita se aprecia una regresión mayor: las adecuaciones calóricas y proteicas del cuartil superior son de 128% y 144% respectivamente, mayores que en el cuartil de ingreso inferior. Tanto en relación con el ingreso familiar como con el per cápita, la adecuación proteica sería más sensible que la calórica a las diferencias de ingresos.

Es interesante considerar las elasticidades de ingreso que se han obtenido del estudio para el gasto en alimentos, y las adecuaciones calóricas y proteicas. Para gasto en alimentos se obtuvo un coeficiente de elasticidad de 0.746; para adecuación calórica 0.383 y para proteica 0.454. Esta información permite apreciar el relativo alto efecto en consumo de alimento medido a través del gasto (0.746), pero que sin embargo no se traduce en un mismo efecto en el consumo de calorías y proteínas. Con el crecimiento del ingreso se produce un claro incremento del costo de la caloría y del gramo de proteína. (Véase el cuadro 38).

<sup>19/</sup> Conviene tener presente que la adecuación calórica y proteica se ha obtenido a partir de los alimentos comprados y los transferidos a la familia y no corresponde exactamente al alimento consumido; también la información oculta problemas que pueden presentarse con la desigual distribución intrafamiliar de los alimentos.

Cuadro 38

PRINCIPALES COEFICIENTES DE ELASTICIDAD-INGRESO

Variable dependiente	Coefficiente
Gasto en alimentos	0.746 <sub>a</sub> /
Adecuación proteica	0.454 <sub>a</sub> /
Adecuación calórica	0.383 <sub>a</sub> /

a/ Significativo al 5% de confianza.

2. Relación del subconsumo de alimentos con el tamaño de la familia

En los cuadros 39 y 40 se aprecia una estrecha y clara relación entre tamaño familiar, ingresos y adecuación alimentaria, tanto calórica como proteica.

Cuadro 39

ADECUACION CALORICA Y PROTEICA DE LAS FAMILIAS SEGUN SU TAMAÑO  
(Porcentaje)

Nº de personas por familia	Nº de familias	Porcentaje de adecuación	
		Calórica	Proteica
1	11	111	120
2	37	117	124
3	67	99	109
4	136	94	104
5	122	90	104
6	101	86	97
7	68	78	90
8	40	75	83
9 y más (10 a 13)	45	72	81

/Mientras el

Mientras el promedio de adecuación calórica de las familias de 1 y 2 personas supera el índice 100, las familias de siete y más miembros muestran adecuaciones inferiores a 80%; con la adecuación proteica también se aprecia que ésta se reduce a medida que aumenta el tamaño de la familia.

Para las familias de seis y más personas, el subconsumo calórico se hace más crítico. En el caso de la proteína el problema más agudo se observa a partir de familias de 8 personas. El punto crítico se presenta cuando el consumo estimado no alcanza al 90% de las cantidades recomendadas, ya sean energéticas o proteicas.

En general puede señalarse que el problema de subconsumo se presenta en forma más seria en relación con la ingestión calórica que con la proteica.

Cuadro 40

RELACION ENTRE TAMAÑO DE FAMILIA, INGRESO TOTAL  
E INGRESO PER CAPITA MENSUALES a/

Nº de personas por familia	Nº de familias	Ingreso total	Ingreso per cápita
1	11	1 963	1 963
2	37	3 952	1 976
3	67	4 274	1 425
4	136	4 637	1 159
5	122	5 407	1 081
6	101	5 620	937
7	68	5 532	790
8	40	5 713	714
9 y más	45	7 142	705

a/ En este estudio se ha considerado que el ingreso total es igual al gasto total (la información obtenida en las encuestas fue de gasto total).

La influencia del tamaño familiar sobre el ingreso aparece muy clara, destacándose que los grupos de mayor tamaño disponen de ingresos totales más altos, que son insuficientes para cubrir el efecto del número mayor de personas. Así, el ingreso per cápita baja a menos de la mitad cuando la familia tiene seis o más personas que generalmente incluyen varios menores.

3. Relación del subconsumo de alimentos con el nivel de escolaridad de los padres

Se ha analizado este posible factor condicionante sólo para una parte de la muestra. Se obtuvo la información sobre escolaridad de la madre para 204 familias, y del padre sólo para 143. (Véase el cuadro 41).

Cuadro 41

RELACION ENTRE ADECUACION CALORICA FAMILIAR Y NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE

<u>Escolaridad</u> (años de estudios)	Número de madres	Porcentaje de adecuación calórica familiar
0	16	79.3
1 - 3	31	87.9
4 - 6	105	89.1
7 y más	52	94.2

En cuanto a escolaridad de la madre, se aprecia que existe una relación posible entre la adecuación calórica y la escolaridad de la madre, aunque estadísticamente esa relación no aparece significativa.

Las madres sin escolaridad (0 años) presentan una cobertura calórica familiar de 79.3%; en cambio, las familias cuyas madres tienen más de siete años de escolaridad, tienen una adecuación del 94.2%.

En el cuadro 42, referente al efecto de la escolaridad de los padres sobre la adecuación calórica no se aprecia tendencia definida alguna. Desde luego, no hay diferencias estadísticas significativas.

Cuadro 42

RELACION ENTRE ADECUACION CALORICA Y ESCOLARIDAD DEL PADRE

<u>Escolaridad</u> (años de estudios)	Número de padres	Porcentaje de adecuación calórica familiar
1 - 3	20	92.7
4 - 6	65	91.8
7 y más	58	92.1

4. Relación del subconsumo de alimentos con el tipo de ocupación del jefe de familia

Las adecuaciones calóricas medias de las familias cuyo primer perceptor es un empleado, obrero, o trabajador por cuenta propia, no presentan diferencias significativas, aunque habría una aparente situación más favorable para los trabajadores por cuenta propia. (Véase el cuadro 43).

Cuadro 43

NIVELES DE ADECUACION CALORICA MEDIA DE LAS FAMILIAS CUYO PRIMER PERCEPTOR ES EMPLEADO, OBRERO O TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA

	Número de familias	Porcentaje de adecuación calórica
Empleado	98	89.2
Obrero	270	89.8
Trabajador por cuenta propia	163	91.3

En el cuadro 44 se analiza la proporción de las familias con niveles de adecuación calórica inferior al 90%, por tipo de ocupación del primer perceptor. Se aprecia una tendencia ligeramente más desfavorable para familias de obreros, de las cuales un 57.4% tenían bajo el 90% de adecuación. La situación más favorable se presentaría para las familias de empleados, con un 53.1% de los hogares por debajo del 90% de adecuación.

Cuadro 44

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS POR TIPOS DE OCUPACION DEL PRIMER PERCEPTOR Y NIVEL DE ADECUACION CALORICA

	Nivel de Adecuación Calórica					
	Bajo 90%		Sobre 90%		Total	
	Nº de familias	%	Nº de familias	%	Nº de familias	%
Empleados	52	53.1	46	46.9	98	100
Obreros	155	57.4	115	42.6	270	100
Trabajadores por cuenta propia	88	54.0	75	46.0	163	100
Otros	49	58.3	35	41.7	84	100
Total	344	55.9	271	44.1	615	

En las familias con nivel de adecuación calórica bajo el 90%, se puede apreciar que el mayor porcentaje corresponde a aquellas que tienen como primer perceptor a obreros, y le siguen en importancia las de trabajadores por cuenta propia y de empleados.

5. Relación del subconsumo de alimentos con la tasa de dependencia

La tasa de dependencia utilizada en este estudio es el cociente entre el tamaño de la familia y el número de personas de ella que obtienen ingresos.

En el cuadro 45 se aprecia que hay cierta relación entre los niveles de adecuación calórica y las tasas de dependencia.

Las familias que están por debajo del nivel de adecuación del 90%, muestran una tasa de dependencia igual a 4; en cambio, los que están sobre ese nivel tienen tasas de 3.8 y 3.6 para los estratos de adecuación 90 a 110, y sobre 110 respectivamente. La diferencia es significativa sólo entre los estratos bajo 90% de adecuación y más de 110%.

Cuadro 45

RELACION ENTRE TASA DE DEPENDENCIA Y NIVEL DE ADECUACION  
CALORICA FAMILIAR

Porcentaje de adecuación	Tasa media de dependencia
- 70	4.0
70 a 89	4.0
90 a 109	3.8
110 y más	3.6

Como resumen del análisis del subconsumo de alimentos puede destacarse lo siguiente:

- Como se vió en capítulos anteriores, uno de los problemas más serios que enfrenta esta población es el subconsumo de alimentos. Dentro del subconsumo, la inadecuación calórica constituye un problema más serio que la inadecuación proteica.

- Los factores que más influirían sobre el subconsumo son los déficit de ingreso per cápita de las familias, y el tamaño de éstas. Estos dos factores están estrechamente correlacionados. La tasa de dependencia también afecta las adecuaciones calóricas, y es muy probable que también esté asociada al tamaño de la familia y desde luego a los niveles de ingreso per cápita.

- La escolaridad de la madre parece guardar relación con el nivel de adecuación calórica, aunque no se obtuvo resultados con significación estadística. No se apreció influjo de la escolaridad del padre. Debe tenerse presente que la información sobre escolaridad es de sólo una submuestra, lo que puede influir en la significación estadística.

- El tipo de ocupación del primer perceptor no parece afectar mayormente a los niveles de adecuación calórica, aunque en las familias de obreros se aprecia una situación ligeramente más desfavorable.

B. RELACION DEL HACINAMIENTO FAMILIAR CON ALGUNOS  
POSIBLES FACTORES CONDICIONANTES

El análisis se realiza teniendo en cuenta el ingreso total familiar, el ingreso per cápita, el tipo de ocupación del primer perceptor, la tasa de dependencia y la escolaridad de los padres. Conviene tener presente el bajo porcentaje de familias con problemas de hacinamiento que aparecen en la muestra (sólo 8.7%).

1. Relación entre niveles de ingreso y grado de hacinamiento

En el cuadro 46 se puede apreciar una alta relación entre el grado de hacinamiento y los niveles de ingreso per cápita, no así con respecto a los niveles de ingreso familiar.

Las familias hacinadas, (es decir, con un índice superior a tres personas por dormitorio), tienen un promedio de 5 125 pesos mensuales, y las no hacinadas, uno de 5 427 pesos. En el ingreso per cápita, en cambio, la diferencia es muy marcada; las familias con hacinamiento tienen en promedio un ingreso per cápita de 662 pesos mensuales, en cambio las no hacinadas, uno de 1 220 pesos.

Cuadro 46

NIVELES DE INGRESO Y GRADO DE HACINAMIENTO

Grado de hacinamiento	Nº de familias	Ingreso medio mensual en pesos	
		Familiar	Per cápita
Más de tres personas por dormitorio	55	5 125	662
Tres o menos	567	5 427	1 220

/2. Relación entre

2. Relación entre el tipo de ocupación del primer perceptor y el grado de hacinamiento de la familia

Cuadro 47

RELACION ENTRE GRADO DE HACINAMIENTO Y TIPO DE OCUPACION DEL PRIMER PERCEPTOR

	Hogares con hacinamiento		Hogares sin hacinamiento	
	Nº	%	Nº	%
Obreros	22	8.2	247	91.8
Empleados	3	3.1	95	96.8
Trabajadores por cuenta propia	19	11.6	145	88.4
Otros	10	11.5	77	88.5
Total	54	8.7	564	91.3

Se puede apreciar que el hacinamiento parece ser ligeramente más grave en los hogares de trabajadores por cuenta propia que entre los de obreros y empleados (ocupación formal). Para la muestra en su conjunto se observó que un 8.7% de los hogares presentaba hacinamiento. El más bajo porcentaje se apreció en hogares de empleados, con un 3.1%, y el más alto en hogares de trabajadores por cuenta propia (11.6%).

De todos modos, entre los hogares con hacinamiento predominan los de obreros (40.7%), siguen los de trabajadores por cuenta propia (35.2%), otros (18.5%) y finalmente los de empleados (5.6%).

3. Relación entre la tasa de dependencia y el hacinamiento

Se pudo apreciar que las familias con hacinamiento tienen una tasa de dependencia significativamente mayor que la de las familias sin hacinamiento. La tasa de dependencia de las primeras es de 4.6 y de las segundas de 3.8.

4. Relación entre hacinamiento y escolaridad de los padres

En el cuadro 48 se aprecia que no hay relación entre escolaridad de la madre y grado de hacinamiento. En cuanto a la escolaridad del padre, se observa una tendencia clara: al aumentar su escolaridad se reduce el índice de hacinamiento.

Cuadro 48

RELACION ENTRE ESCOLARIDAD DE MADRE Y PADRE E  
INDICE DE HACINAMIENTO

Nivel de escolaridad	Madres		Padres	
	Número	Indice de hacinamiento	Número	Indice de hacinamiento
0	17	1.90	0	-
1 - 3 años	31	1.92	21	2.19
4 - 6 años	104	1.86	65	1.94
Más de 6 años	51	1.93	55	1.72

C. RELACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS CON  
ALGUNOS POSIBLES FACTORES CONDICIONANTES

Como ya se ha mencionado, el porcentaje de desnutrición en menores de seis años fue de 28.8% según peso/edad y 17.9% según peso/estatura.

Este análisis se basa en el criterio de peso/edad. Fueron clasificados como hogares con niños desnutridos todos aquellos que tenían al menos un menor de seis años con algún grado de desnutrición (peso inferior al 90% del peso normal para su edad).

De 128 hogares con niños menores de seis años, 50 (39%) tenían niños desnutridos.

En el cuadro 49 se resumen algunas variables estudiadas en ambos tipos de familias. Se debe tener presente que la mayor parte de los niños desnutridos sufren de desnutrición leve o de primer grado, por lo que las diferencias entre sus familias pueden ser difíciles de apreciar.

Cuadro 49

ALGUNAS CARACTERISTICAS DE 128 FAMILIAS POBRES  
CON Y SIN NIÑOS DESNUTRIDOS

	50 familias con niños desnutridos	78 familias sin niños desnutridos
% adecuación calórica familiar	91	89
% adecuación proteica familiar	109	106
Tamaño medio de la familia	5.7 personas	5.6 personas
Tasa de dependencia	4.6 personas	3.8 personas
% del gasto dedicado a alimentación	66	65
Tasa de hacinamiento	1.96	1.05
Agua potable o baño fuera de la vivienda (%)	66	62.8
Escolaridad: <u>a/</u>		
Del padre	7.0	6.6
De la madre	5.6	6.0
Tipo de ocupación del primer perceptor:		
Obrero	50%	47%
Empleado	26%	14%
Trabajador por cuenta propia	18%	31%

a/ En promedio de años de estudio.

El análisis de los posibles factores condicionantes de la desnutrición infantil presentados aquí muestra que ninguna variable exhibe diferencias significativas.

Pocos son los indicadores que sugieren que las familias con desnutridos pudieran estar, en su conjunto, en situación de inferioridad, comparadas con otras de igual nivel socioeconómico. En efecto, la tasa de dependencia es superior en ellas (4.6 versus 3.8); la escolaridad materna ligeramente inferior (5.6 frente a 6.0 años de estudio); hay mayor proporción de empleados y obreros como primeros perceptores en las familias con desnutridos. También en las familias con desnutridos se aprecian tasas de hacinamiento mayores (1.96 frente a 1.05). Este análisis simple de cada una de las variables aisladas y en promedio no debe inducir a error, pues se sabe por diferentes estudios que los desnutridos moderados y graves se reclutan en familias con características socioeconómicas y culturales muy precarias, que se dan en el mundo de la miseria y de la privación.

/En estudios

En estudios de familias con desnutridos graves que asisten a los Centros de Recuperación de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN), Alvarez y otros (1979), del INTA, han mostrado que estas familias tienen características propias que se repiten en los diferentes centros a lo largo del país. Entre ellas se destacan:

Tamaño de la familia: el promedio de una muestra de 344 familias de CONIN era de 7.1 personas por hogar.

Escolaridad de los padres: el 67% tenía escolaridad muy baja (básica incompleta y analfabeto). Esta escolaridad es igual a la de los padres de nivel socioeconómico bajo.

Calidad de la vivienda: el 53.7% de las viviendas eran mejoras y/o medias y sólo 46.3% eran sólidas. El 68.7% contaba con pozo negro, el resto estaba conectado a la red de alcantarillado.

Actividad del jefe de familia: el 40.5% tenía trabajo estable, el 43.8% no tenía trabajo fijo y el 15.7% estaba cesante.

Frecuencia de consumo de alcohol del padre: en el 47% de los padres el consumo de alcohol era alto.

Según M.L. Alvarez y otros (1979) los resultados de sus investigaciones muestran claramente que las familias pobres tienen características propias, y que sus factores condicionantes son conocidos y orientan las políticas y programas de la CONIN.

#### D. RELACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL DE FAMILIAS POBRES CON ALGUNOS POSIBLES FACTORES CONDICIONANTES

La elevada mortalidad infantil de 123.6 por 1 000 nacidos vivos, equivalente a la de Chile del año 1950 y cuatro veces superior a la de 1981, destaca por sí misma el efecto de la pobreza en los niños menores de un año, que son los más sensibles en toda comunidad. Si se analiza el grupo de familias (29.7%) que han tenido niños muertos antes del año, esta tasa se eleva a 306, parecida a la de Chile al comienzo del siglo XX.

Aunque estas extrapolaciones no siempre son válidas, deben hacer pensar en los factores condicionantes que actúan en la pobreza, y que llegan a traducirse en la muerte de parte del capital humano del país. Por ello es importante analizar algunos factores que en este estudio aparecen relacionados con la mortalidad infantil.

##### 1. Relación entre número de hijos nacidos vivos y la mortalidad infantil

Ya se ha comentado que el tamaño de la familia y el número total de hijos constituyen factores que influyen mucho en la deficiente cobertura de las necesidades básicas de las familias pobres, traducida especialmente en promiscuidad, inadecuación calórica y proteica, etc.

Al comparar el promedio de hijos nacidos vivos por familias con y sin hijos muertos antes del año, se observa una diferencia significativa ( $p=0.01$ ). Las cifras son mayores para las familias con mortalidad infantil, 5.50 frente a 3.43 hijos.

##### /2. Relación

## 2. Relación entre edad de la madre y la mortalidad infantil

En 514 familias se apreció que la edad media de las madres dueñas de casa es significativamente menor (35.9 años) en aquellas que no han tenido hijos muertos, y que va aumentando a 43.2, 46.3 y 49.8 años, en las que han tenido uno, dos y tres hijos muertos antes del año.

Aunque este hecho puede explicarse parcialmente por la mayor probabilidad de tener más hijos que presentan las madres con mayor edad, y la de haber tenido hijos hace más tiempo atrás, con condiciones de salud menos favorables, no invalidaría la influencia de la edad materna sobre la mortalidad infantil.

Al igual que otros hallazgos relacionados con el tamaño de la familia y aspectos demográficos, este hecho señala la importancia de insistir en programas de paternidad responsable o planificación de la familia, en general, y en especial en aquellas más pobres.

## 3. Escolaridad de la madre y mortalidad infantil

Después de los estudios de Behm y otros, la escolaridad de la madre se considera actualmente uno de los factores que más se relacionan con la mortalidad infantil; en efecto, la mortalidad en los primeros dos años de vida es inversamente proporcional<sup>o</sup> al número de años de estudio, e incluso esta relación ha sido usada con fines predictivos. La información en familias pobres chilenas es así concordante con lo observado en otros países de América Latina. (Véase cuadro 50).

Cuadro 50

### MORTALIDAD INFANTIL Y ESCOLARIDAD DE 193 MADRES POBRES

Madres	Número	Años de estudio
Sin hijos muertos antes del año de edad	139	5.8
Con hijos muertos antes del año de edad	54	4.4

Nota: Hay diferencia estadística significativa al 0.01.

## 4. Adecuación calórica familiar y mortalidad infantil

Se apreció diferencia significativa (al 0.01) entre la adecuación calórica entre madres sin y con hijos muertos menores de un año. 151 madres con hijos muertos antes del año mostraban 82.5% de adecuación calórica, contra 90.2% en las 360 madres sin niños muertos antes de esa edad. Esto indica

/que estas

que estas familias sufren una restricción alimentaria, que puede traducirse en desnutrición infantil y posiblemente en muerte, cuando se asocia con otros factores como tamaño de la familia, hacinamiento, promiscuidad, mal saneamiento, etc., que prevalecen en sectores de bajos ingresos.

El análisis de la mortalidad infantil cubrió además otros parámetros, como gasto total, ocupación e ingreso, pero en ellos no se observaron diferencias significativas.

En un marco más amplio de referencia, aparece como una realidad que debe tenerse presente, al formular políticas y programas para los pobres, la existencia de familias que han tenido hijos muertos antes del año y cuyas características propias deben identificarse mejor.

Se establecerá así un indicador fácil de medir, interrelacionado con muchos factores condicionantes y de gran trascendencia metodológica, práctica, para identificar poblaciones expuestas a riesgo: "la familia con hijo muerto menor de un año".

## VI. REPERCUSIONES DE ALGUNAS POLITICAS Y PROGRAMAS EN LA SITUACION NUTRICIONAL DE LOS POBRES EN CHILE

### A. INTRODUCCION

En el estudio de políticas y programas orientados a las poblaciones pobres y específicamente a los grupos más vulnerables en ellos -es decir los niños y jóvenes- es preciso tener presente una serie de consideraciones que dificultan el análisis, pero que también pueden ser esclarecedoras para acciones futuras. Si bien es muy importante obtener información directa sobre las características de las familias, tanto en el plano local como el regional, la interpretación de los resultados no siempre es concordante, pues sobre la situación de pobreza influyen muchos factores difíciles de precisar y de medir exacta o aisladamente.

En el caso de Chile es muy importante destacar algunos hechos que se enumeran a continuación.

- Existe una discordancia (aparente para algunos) entre la mejoría de diferentes indicadores de salud y de situación nutricional, por un lado, con la escasa o nula mejoría de los indicadores económicos; mientras que en el decenio 1970-1980 bajó espectacularmente la mortalidad infantil y la tasa de desnutrición de menores de 6 años, el progreso económico fue más bien lento -no más de 1.5% per cápita anual, como promedio de los últimos 30 años-; el porcentaje de extrema pobreza no parece haber disminuído y las tasas de cesantía se han mantenido altas, por encima de los niveles tradicionales.

- La pobreza en sus niveles más extremos se asocia a una importante marginación cultural, social y económica que hace casi imposible el acceso del pobre a las ventajas de las políticas y programas de la civilización. Las diferentes experiencias chilenas referentes a desnutrición de tercer grado en niños urbanos son muy conocidas y han motivado enfoques especiales.

- En Chile hay políticas y programas tradicionales, de creciente cobertura nacional, que tienen gran impacto en la situación alimentaria y nutricional, y que por su amplitud geográfica y poblacional indudablemente han contribuido a atenuar los efectos de la pobreza y del subdesarrollo.

En efecto, existe una infraestructura de salud estatal de alcance nacional, con políticas para todo el país, que facilita la realización de programas tanto preventivos como curativos con accesibilidad creciente (aunque persisten algunos grupos marginados); hay una infraestructura de educación del mismo carácter que ha permitido llegar con algún nivel de cultura y programas de alimentación hasta lugares remotos del país, y finalmente existe una infraestructura de nutrición, de carácter informal, cuya cobertura va en aumento y que abarca desde la formación de recursos humanos y el desarrollo de la investigación aplicada, hasta el tratamiento de desnutridos a través del CONIN, en conjunto con los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Porque pueden contribuir a explicar la discordancia señalada, se presentan en este capítulo algunas políticas y programas relacionados con aspectos alimentarios y nutricionales, como un aporte informativo de acciones efectuadas por el Estado y otras instituciones que sin duda han dado una valiosa contribución al mejoramiento de los índices de salud y nutrición, y por ello su divulgación puede ser de interés para la revisión de proposiciones futuras de políticas, tanto en el país como en otros países en desarrollo.

## B. POLÍTICAS Y PROGRAMAS CON REPERCUSIONES NUTRICIONALES

A continuación se consideran especialmente, en forma resumida, algunos aspectos de las políticas de salud (incluyendo la planificación familiar); los programas de intervención nutricional; los programas de recuperación de la desnutrición, y las políticas o programas de educación nutricional.

### 1. Políticas de salud

El país ha aplicado consistentemente una política de salud, compuesta principalmente por las políticas en los campos de la seguridad social y de la atención en salud, ambas estrechamente interrelacionadas (Medina, 1978).

#### a) Sistema de seguridad social

En cuanto a seguridad social cabe destacar que Chile estableció en 1924 el Seguro Obrero, en forma pionera en América Latina. A partir de esta fecha fueron surgiendo en forma inarmónica diversos esquemas de protección contra enfermedades, accidentes, invalidez, vejez, etc.

Se estima que en 1977 el 80% de la población tenía derecho a diferentes tipos de seguros sociales que incluían a obreros y empleados activos y pasivos, y sus cargas familiares; un 10% de la población usufructuaba de servicios médicos gratuitos (en calidad de indigentes), otro 10% no tenía protección organizada, pero sí contaba con recursos propios suficientes.

A fines de 1975, según información de la Superintendencia de Seguridad Social, el número de afiliados activos era de 2 452 000 activos y pasivos de 1 489 000. Los afiliados activos pertenecían mayoritariamente al Servicio de Seguro Social (1 559 000), la Caja de Empleados Particulares (345 000) y la Caja de Empleados Públicos y Periodistas (284 000). El sector público reunía 447 000 afiliados activos y el sector privado, 2 005 000.

La seguridad social chilena llegó a tener más de 50 organismos con unos 1 000 sistemas diferentes, que entregaban en forma variable prestaciones médicas, preventivas o curativas y beneficios económicos que incluían asignación familiar, subsidios por enfermedad, maternidad y cesantía, pensiones de vejez, invalidez, viudez y orfandad, cuota mortuoria y otros beneficios.

El sistema se caracterizó por importantes desigualdades en el tipo y monto de los beneficios económicos, en el sistema de financiamiento y en la extensión y calidad de las prestaciones médicas entregadas. Se ha considerado que en 1975 el monto de los ingresos de la seguridad social chilena equivalía a un sexto del producto geográfico bruto, proporción que sólo se observa en países que disponen de sistemas integrales y completos. Si bien el sistema era evanzado, dada la cobertura de riesgos, no alcanzaba a adquirir características de universalidad, continuidad, integralidad, suficiencia y oportunidad, y en general, entregaba menos beneficios a quienes más los necesitaban. Los pobres obtenían muy poco y el sistema requería tener trabajo para ingresar a él. Si bien había conciencia de los defectos y vacíos que presentaba y de la necesidad de modificarla, la seguridad social chilena había permitido la ampliación continua de la cobertura de las atenciones de salud y la existencia de sistemas de entrega regular de ingresos a los sectores más necesitados, aunque tales aportes fuesen insuficientes en la práctica.

En 1975 comenzaron a plantearse proposiciones de modificación, que desembocaron en un nuevo sistema y en profundos cambios. No es del caso analizarlos en esta oportunidad, en que se desea plantear elementos descriptivos y evaluación de una política de salud.

b) Sistema de atención de la salud

Un sistema de atención de salud debe considerar, además de la atención médica clásica, un conjunto de otras prestaciones que disminuyan la carga de enfermedad y redunde en una menor demanda y en una atención a la comunidad a costo más bajo. Algunas acciones de salud deben llegar a todos los que las necesiten, como el conjunto de actividades de protección y fomento de salud (control de embarazo, atención del parto, control periódico del niño, inmunizaciones, nutrición e higiene mental). Por su carácter preventivo, tales acciones contribuyen mucho a mejorar la situación general de salud y por ello trascienden a todos los niveles socioeconómicos. (R. Molina, 1981).

En la atención de la salud en Chile han tenido, desde sus comienzos, una importante ingerencia y participación los gobiernos de cada época. El derecho a la salud de todos los habitantes del país se ha establecido como política tradicional, aunque no siempre ha podido aplicarse en igualdad de condiciones a los diferentes niveles socioeconómicos.

En efecto, la fundación en 1552 por Pedro de Valdivia del primer hospital (llamado de San Juan de Dios); la creación de la Junta Central de Beneficencia en 1925; la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 mediante la fusión de diferentes servicios y postas de salud, y la reestructuración del Sistema de Servicios Nacionales de Salud en 1980, constituyen una cadena de hechos que demuestran el interés del Estado por hacer realidad el derecho a la salud.

Alrededor del año 1975, la organización de la atención médica en Chile se caracterizaba por una alta participación del sector público, especialmente en torno a los dos servicios nacionales dependientes del Ministerio de Salud. Estos eran el Servicio Nacional de Salud (SNS), que cubría (100%) actividades de protección y fomento de la salud, el 90% de las hospitalizaciones y el 60% de las consultas, y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría el 25% de las consultas. La atención privada sólo alcanzaba el 5% de las hospitalizaciones y el 6% de las consultas.

En 1977 se estimaba ya que la cobertura de atención médica superaba el 80%, juzgada a través del porcentaje de atención profesional de los partos (90.6%) y la certificación de defunción. Estas cifras difícilmente se alcanzan en países en desarrollo, y señalan que en Chile muchos pobres se beneficiaban de la estructura de salud existente.

Al Ministerio del ramo le ha correspondido fijar políticas de salud; dictar normas y planes generales; planificar la acción de salud; supervisar y coordinar las instituciones de salud estatales y privadas, y controlar el cumplimiento de las normas y la eficacia de los programas.

El impacto en la salud chilena del Servicio Nacional de Salud en sus tres decenios al servicio de los obreros y sus familias y como motor de la organización médico-sanitaria, han sido reconocidos en toda América Latina. Creado en 1952, ha tenido tres tipos de obligaciones: i) atención preventiva y fomento de la salud para el total de la población chilena; ii) atención curativa a sus beneficiarios legales, y iii) prestaciones económicas al grupo obrero asegurado en el Servicio de Seguro Social.

Las actividades preventivas y de fomento han cubierto en forma gratuita a toda la población, aumentando algunos de sus programas su penetración en los niveles económicos más marginados. En atención médica curativa y atención dental gratuita ha atendido a una gama amplia de obreros, trabajadores independientes, contingentes que hacen el servicio militar, indigentes y varios otros grupos que las disposiciones legales han señalado.

En cuanto a prestaciones económicas, éstas son principalmente las que reciben los obreros como subsidios por enfermedad o accidentes del trabajo, el subsidio maternal y el de lactancia.

/Las actividades

Las actividades del Servicio Nacional de Salud se llevan a cabo a nivel local en algunos de sus programas fundamentales, entre ellos los siguientes: atención infantil, atención de la mujer (gineco-obstétrico), atención del adulto y del anciano, odontología, higiene ambiental, administración, protección del ambiente, etc.

En 1977 había en el país 38 000 camas hospitalarias, de las cuales 33 772 (89%) correspondían al SNS. Este tenía 221 hospitales y 400 consultorios y postas rurales. En él trabajaban 57 000 funcionarios de los cuales 4 400 era médicos, 1 350 dentistas, 1 900 enfermeras, 1 600 matronas, 710 asistentes sociales, 650 nutricionistas y 22 300 auxiliares de enfermería.

Los recursos financieros del SNS fueron en 1977 aproximadamente de 150 millones de dólares anuales (23 dólares como promedio por beneficiario, o 16 dólares por cada chileno). Esto ha representado el 3% del producto geográfico bruto, y del 7 al 8% de los gastos públicos. Si bien la modificación de los índices de salud no dependen exclusivamente de las acciones realizadas por el SNS, su cobertura estimada en dos tercios de la población chilena, ha representado una poderosa palanca de progreso en salud, especialmente en los últimos años, como se observa en el cuadro 51.

Cuadro 51

CHILE: ALGUNOS INDICADORES DE SALUD ENTRE 1952 Y 1979

	1952	1961	1975	1979
Esperanza de vida al nacer (años)	52	56	62	67
Mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos)	118	120	55	36.6 <sub>a/</sub>
Mortalidad general (por mil)	12.7	11.7	7.2	6.8
Mortalidad neonatal (por mil nacidos vivos)	44	38	25	18.1
Mortalidad materna (por 10 000 nacidos vivos)	31	35	13	7.3
Mortalidad por tuberculosis (por 100 000)	118	53	19	-
Mortalidad por diarrea (por 100 000)	47	62	23	-

Fuentes: Medina (1978) y Ministerio de Salud (1980).

a/ La tasa en 1981 fue de 27.2 por 1000 nacidos vivos.

/Cabe destacar

Cabe destacar la amplia cobertura geográfica del SNS y de su organización sucesora, el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Gracias a esto, Chile es el país latinoamericano que presenta menores diferencias en cuanto a recursos de atención médica entre los grandes centros urbanos y el resto del país.

A pesar del cambio realizado por el Gobierno actual, el objetivo general de dar más y mejor salud a toda la población de Chile en el año 2000 no se aleja de la tradición y es de esperar que sus resultados continúen la línea de progreso en la materia.

La existencia de un sistema organizado de atención basado en el Servicio Nacional de Salud, con establecimientos de complejidad variada, que van desde la posta rural hasta el hospital de sofisticada tecnología, permite desarrollar programas preventivos a escala nacional y lograr así grandes avances en la salud del chileno.

i) Política de planificación familiar. Los cambios importantes que han caracterizado la evolución demográfica de la población chilena en los últimos 20 años han tenido un efecto demostrable en los niveles de vida y de salud, potenciados por la creciente emigración del campo a la ciudad y el consiguiente mayor acceso a valores urbanos, y a políticas y programas que se cumplen mejor en las ciudades.

Buena parte de esos cambios se han debido a las tendencias prevalentes y a acciones concretas en el campo de la planificación familiar, que iniciados alrededor de 1960, tuvieron su mayor cobertura hasta 1975.

Debido a las elevadas tasas de mortalidad materna, alta prevalencia de abortos y de letalidad causada por ellos, en 1962 se constituyó el Comité Chileno de Protección de la Familia, que posteriormente, en 1968, firmó un convenio con el Ministerio de Salud con el propósito de integrar a la atención de salud de la mujer, acciones de regulación de la fecundidad en los establecimientos dependientes del Servicio Nacional de Salud (SNS). Mediante este convenio el Programa de Planificación Familiar quedó a cargo de este organismo estatal.

Al hacerse cargo el SNS del Programa de Planificación Familiar se enunciaron los siguientes objetivos:

- Disminución de las tasas de mortalidad materna condicionadas, en alta medida, por los abortos provocados;
- Descenso en las tasas de mortalidad infantil, y
- Promoción del bienestar de la familia, favoreciendo la procreación responsable y la paternidad consciente.

En 1962, antes de la introducción de los programas, las encuestas realizadas en Santiago señalaban que el 29.6% de las mujeres usaban algún sistema anticonceptivo, agregándose un 2.9% que habían sido esterilizadas.

/En 1967

En 1967 la proporción de mujeres usuarias había ascendido a 33.1%, con un 5.8% de mujeres esterilizadas. Debe considerarse que los sistemas utilizados antes del Programa eran en general de baja eficacia; no así los del Programa, que incluían el uso de dispositivos intrauterinos y gestágenos, ambos de alta eficacia. (En 1967 un 13.1% de las mujeres en edad fértil usaba dispositivo intrauterino y un 10.2% tomaba gestágenos).

En el cuadro 52 se muestran antecedentes a nivel nacional que señalan cambios estadísticos, demográficos y de morbilidad relacionados con probables resultados del Programa de Planificación Familiar.

Cuadro 52

CHILE: TENDENCIAS DE INDICADORES RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR, 1963-1981

	1963-1964	1970	1975	1979	1980	1981 <sup>a/</sup>
Natalidad (por mil)	35.6	27.9	25.0	22.1	22.8	23.2
Usuarias activas por 100 mujeres en edad fértil (15-44 años)	-	13.7	23.7	22.9	21.2	-
Mortalidad materna (por 10 000 nacidos vivos)	28.5	16.8	13.1	7.3	7.3	-
- Por aborto	11.1	6.6	4.8	2.4	2.8	2.5
- Por otras causas	17.4	10.2	8.3	4.9	4.5	-
Mortalidad infantil	105.5	79.3	55.4	36.6	31.9	27.2
Hospitalizaciones por aborto (miles)	-	44.8	42.2	37.5	37.2	-
Hospitalizaciones por aborto como porcentaje de las hospitalizaciones obstétricas	-	17.2	14.7	12.7	12.0	-

Fuente: APROFA, 1980; Medina, 1978.

<sup>a/</sup> Cifras provisionales.

Se observa en el cuadro 52 que la tasa de natalidad por mil habitantes se redujo de 35.6% en 1963-1964 a 22.1% en 1979, y que a partir de 1979 la tendencia es ascendente. Es notable la reducción en la mortalidad materna tanto por aborto como por otras causas. También las cifras muestran un aumento en las tasas de usuarias activas por mujeres en edad fértil, de un 13.7 en 1970 a 23.7 en 1975, para llegar a una tasa máxima de 25.7% en 1976 y después descender a 21.2% en 1980.

/Se aprecia

Se aprecia por otra parte una fuerte baja en la proporción de hospitalizaciones por aborto en relación al total de hospitalizaciones obstétricas. Se reduce de un 17.2% en 1970 a sólo un 12.0% en 1980 y en miles de mujeres de 44.8 en 1970 a 37.2 en 1980.

Aunque las acciones específicas de educación en este campo han estado dirigidas principalmente a la población de más escasos recursos, éstas han tenido mejor acogida en los estratos altos como también en aquellas mujeres con mayor escolaridad, como se observa en el cuadro 53 en relación al uso de anticonceptivos.

Cuadro 53

RELACION ENTRE EL NIVEL DE ESCOLARIDAD Y TASA DE USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS, 1974

Nivel de escolaridad	Número de mujeres de 15 a 19 años	Mujeres que usan anticonceptivos	
		Número	Porcentaje
Ninguno	404	105	25.9
Primario	2 541	1 217	47.9
Secundario y más	2 225	910	40.9

Fuente: Encuesta de fecundidad PESMIB (1974).

El análisis de la evolución demográfica revela que se ha producido en el período 1970-80 una disminución de los hijos nacidos de madres menores de 18 años; de madres mayores de 35 años y de grandes multíparas; además, ha aumentado el período entre nacimientos, factor muy importante en la salud y bienestar de las madres. El conjunto de estos fenómenos ha redundado en el menor número de nacimientos de niños con alto riesgo y ha contribuido a la gran disminución de la mortalidad infantil chilena.

Aunque no existen informaciones específicas sobre estos indicadores en las familias pobres, no debe olvidarse que ellas habitualmente tienen mortalidad infantil más alta que el promedio del país, por lo que un descenso tan importante como el producido en Chile, en una cierta proporción revela mejoría de la situación en grupos de bajo nivel socioeconómico. Cabe destacar, sin embargo, que en los últimos años se ha producido un cambio importante en cuanto a políticas de planificación familiar y paternidad responsable, cuyos efectos pueden alterar las tendencias señaladas.

En efecto, de conformidad con la política poblacional del Gobierno actual que plantea que, "no es incumbencia del Estado el tomar medidas para lograr una disminución o aumento de las tasas de natalidad más allá de la

/libre decisión

libre decisión del grupo familiar y que sería deseable un aumento significativo de la población", el Programa ha desaparecido como tal, para quedar reducido a una actividad más dentro de las 18 que abarca el Programa de Salud Materna y Perinatal del Ministerio de Salud (ODEPLAN, 1979).

Así, el Programa de Planificación Familiar, que tuvo una cobertura gratuita nacional, se redujo sólo a acciones con esta característica que en 1982 se limitan a los beneficiarios del Servicio de Seguro Social, es decir, aproximadamente al 24% de las mujeres beneficiarias en edad fértil (15 a 44 años).

Las acciones tendientes a la paternidad responsable son financiadas por dos organismos: el Ministerio de Salud, quien aporta las instalaciones, los recursos humanos, y los equipos y materiales, y la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA) que aporta el material técnico (dispositivos intrauterinos y gestágenos). En la actualidad este último aporte supera los 540 000 dólares anuales.

El cuadro 52 muestra que desde 1979 se han producido algunos fenómenos, que pueden estar relacionados con este cambio de políticas:

- La tasa de natalidad ha subido de 22.1 a 23.2 por 1 000 nacidos vivos.
- El porcentaje de mujeres usuarias de anticonceptivos ha bajado de 22.9 a 21.2
- La mortalidad materna se ha estabilizado en 7.3 por 10 000 nacidos vivos
- La mortalidad por aborto ha tenido un pequeño repunte hasta 2.8 por 10 000 nacidos vivos en 1980.

Como hecho muy positivo, la mortalidad infantil ha continuado su descenso hasta 27.2 por 1 000 nacidos vivos.

ii) Programa de fomento de la lactancia materna. La lactancia natural constituye el principal factor de protección del niño menor en los países subdesarrollados, donde las condiciones económicas y de saneamiento ambiental son deficientes; por lo tanto, la disminución de la lactancia natural en las familias pobres va siempre acompañada de mayor mortalidad infantil, alta tasa de desnutrición y gran prevalencia de complicaciones infecciosas.

En Chile la lactancia natural ha disminuido en los últimos 50 años, de manera que en zonas urbanas pobres apenas entre 30 y 42% de los niños tienen lactancia exclusiva a los tres meses de edad; la duración de la lactancia aparece relacionada con la alimentación materna, el peso del niño al nacer y la actitud del equipo de salud. (F. Mardones S., 1979).

Por su trascendencia en la salud del niño menor de un año, el Ministerio de Salud ha centralizado investigaciones y elaborado un Programa

de Fomento de la Lactancia Materna que se está aplicando a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud, cuyos primeros resultados han revelado un repunte importante de la duración de la lactancia materna en las regiones estudiadas. El conjunto de acciones educativas del Programa trascienden a diferentes grupos y su influencia en la mejoría de los indicadores de salud y nutrición es independiente del progreso socioeconómico. Las cifras de incremento de la duración de la lactancia deben ser cuidadosamente observadas como uno de los factores claves que pueden neutralizar el efecto negativo de otros (como los cambios en la política de planificación familiar).

## 2. Programas de intervención nutricional

Como ya se ha señalado, la lucha contra la desnutrición ha sido una preocupación constante de los gobiernos y componente principal de las políticas de salud. Se ha reconocido que el fenómeno de la desnutrición es de carácter nacional y que afecta principalmente a ciertos grupos de población.

La desnutrición es consecuencia principal de la pobreza, y ésta a su vez, es la secuela del subdesarrollo. Sin duda la causa más importante de la desnutrición es el bajo ingreso del grupo familiar, que no permite adquirir la cantidad y calidad de alimentos necesarios; pero además se asocia a condiciones adversas del medio y a una inadecuada utilización biológica de los alimentos.

Para el control de la desnutrición se han desarrollado programas nacionales de carácter preventivo, programas curativos para grupos específicos y otros de carácter mixto. Los resultados obtenidos revelan un progreso evidente, habiendo bajado la tasa de desnutrición en menores de seis años a 9.2% en 1981, una de las cifras más bajas de América Latina.

Junto con otras acciones de salud y educación, que se resumen en esta sección, los programas de intervención nutricional aparecen como una de las explicaciones de la discordancia que hemos señalado entre progreso económico y progreso en salud de los chilenos en los últimos decenios.

Ya se describieron brevemente las políticas de salud existentes, por lo que ahora se hará referencia a los programas de alimentación y nutrición del país, siendo los principales: el Programa Nacional de Alimentación Complementaria; el Programa de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), el Programa de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JNAEB) y el Programa de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN). (Véase el cuadro 54). A través de estos programas se ha entregado importantes subsidios a la población más necesitada.

Cuadro 54

CHILE: CARACTERISTICAS DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS DE ALIMENTACION Y NUTRICION

Programa	Grupos Beneficiarios	Nº de Beneficiarios	Valor del Subsidio (US\$)	Carácter en relación con la desnutrición
Alimentación complementaria (PNAC) 1980	De 0-6 años Embarazadas Nodrizas	1 324 000 personas	65 000 000 <sup>a/</sup>	Preventivo
Alimentación de preescolares (JUNJI) 1980	De 2-6 años	44 780	6 500 000	Preventivo
Alimentación escolar (JNAEB) 1981	De 6-16 años	- 759 000 desayunos diarios - 295 000 almuerzos diarios	90 140 000	Preventivo
Recuperación desnutridos (CONIN) 1980 1981	De 0-2 años	2 715 niños 2 741 niños	5 780 000 5 170 000	Curativo

<sup>a/</sup> En 1982 el valor del subsidio ascenderá a 80 millones de dólares.

/La mayor

La mayor parte de estos programas tienen carácter preventivo de la desnutrición, y sus beneficiarios principales son los grupos más vulnerables: niños, embarazadas y nodrizas.

El valor total de los subsidios entregados representa una suma considerable dentro del gasto social del gobierno: en 1980 alcanzó a cerca de 170 millones de dólares.

A continuación se describen brevemente las principales características del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y del Programa de Recuperación de Desnutridos de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN).

a) Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

La alimentación complementaria se inició en Chile en 1901, como un Programa de Suplementación Alimentaria llamado "Gota de Leche", cuyo objetivo era distribuir leche fluida a niños desnutridos. Este fue evolucionando hasta llegar a adquirir cobertura nacional aceptable varios años después de la creación del Servicio Nacional de Salud.

Los alimentos del PNAC se distribuyen principalmente en los Centros de Atención Primaria, en estrecha relación con acciones de fomento y protección de la salud (inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, educación sanitaria y nutricional, control del embarazo, etc.). (N. González, 1979).

El programa consiste en la distribución gratuita de leche y sustitutos lácteos a la población de menos de seis años, a nodrizas y embarazadas de todo el país, en las cantidades y con la frecuencia que muestra el cuadro 55.

Cuadro 55

CHILE: TIPO DE PRODUCTO DISTRIBUIDO POR EL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (PNAC) POR GRUPOS BENEFICIARIOS, 1981

Grupos beneficiarios	Kilogramos por mes	Tipo de alimento
0 - 6 meses	3	Leche 26% de materia grasa
6 - 23 meses	2	Leche 26% de materia grasa
2 - 6 años	1.5	Sustitutos lácteos
Embarazadas	3	Leche 26% de materia grasa
Nodrizas	3	Leche 26% de materia grasa

Fuente: Servicio Nacional de Salud

/El cuadro 56

El cuadro 56 muestra como ha ido aumentando la cobertura del PNAC llegando a su valor más alto en 1977, para luego ir disminuyendo hacia el año 1980 (CONPAN, 1981).

Cuadro 56

CHILE: DISTRIBUCION DE ALIMENTOS LACTEOS A TRAVES DEL  
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA,  
1971-1980

---

Años	Miles de kilogramos
1971	18 961
1972	19 286
1973	20 265
1974	20 806
1975	23 584
1976	24 490
1977	28 651
1978	27 180
1979	25 706
1980	25 194

---

En nuestro país la dación de alimentos ha sido un factor importante en el aumento de cobertura del equipo de salud sobre la población beneficiaria, fundamentalmente materno-infantil, en acciones de protección, fomento y recuperación.

Es además una forma de incrementar el ingreso familiar y un vehículo de educación nutricional, y consigue que una proporción importante de la población vulnerable reciba alimento de alto valor nutritivo.

Una evaluación realizada en 1977 muestra que el PNAC alcanza su máxima cobertura en los niveles socioeconómicos bajos y en las familias más numerosas. (M.L. Alvarez, 1978).

El Departamento de Economía de la Universidad Católica realizó en 1979 una evaluación del PNAC basada en un análisis de costo-beneficio. Esta evaluación ha permitido concluir que el Programa es rentable, con beneficios netos actualizados (al 17% anual) para los dos quintiles inferiores de sus beneficiarios. (A. Torche, 1981).

Existen excelentes publicaciones sobre el PNAC que demuestran el gran efecto que este programa ha tenido, tanto en la prevención de la desnutrición, como en el mejor estado de salud de la población joven del país, y especialmente de sus beneficiarios más desposeídos.

/Los programas

Los programas de alimentación de la JUNJI y la JNAEB tienen un alcance distinto al PNAC. Su cobertura es menor, su población beneficiaria es transitoria y cambiante y en la selección de ellos se aplican criterios de selectividad para favorecer a los "más desnutridos". Esto los hace semi-preventivos de la desnutrición, pero por las razones señaladas no llegan a tener gran impacto ni como preventivos ni mucho menos como curativos de la desnutrición de preescolares y escolares.

b) Programa de recuperación de desnutridos de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN)

La alta vulnerabilidad del lactante con desnutrición grave a 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. Actualmente, el 90% de desnutridos graves son menores de ocho meses y por lo tanto tienen un alto riesgo de morir. En atención a esta realidad nacional, la CONIN, en un esfuerzo conjunto con el SNS, decidió reducir la desnutrición grave a una mínima cuantía, con un nuevo enfoque integral.

La CONIN es una institución privada sin fines de lucro; inició sus actividades en 1975 y está orientada hacia la recuperación integral del lactante con desnutrición severa y hacia su grupo familiar. Tiene primordialmente un carácter curativo de la desnutrición y su impacto es importante en la disminución de la mortalidad en el primer año de vida.

La institución tiene actualmente 30 centros hospitalarios (desde Arica a Coyhaique), con 1.700 camas para lactantes desnutridos (CONIN, 1980).

El cuadro 57 muestra como ha evolucionado el número de centros de niños desnutridos graves beneficiados por CONIN, desde su creación.

Cuadro 57

EVOLUCION DE LA CONIN SEGUN EL NUMERO DE CENTROS Y DE BENEFICIARIOS, 1975-1981.

	Nº de centros	Nº de beneficiarios
1975	1	23
1976	4	184
1977	10	534
1978	17	1 468
1979	25	2 464
1980	26	2 715
1981	30	2 741

El SNS cancela parte de los gastos de la atención del desnutrido (alrededor de 8 dólares diarios por niño) y el resto se cubre con el aporte de la comunidad e ingresos generados por la Corporación.

Entre las ventajas del sistema de atención de la CONIN se puede destacar que el tratamiento dentro del centro es altamente favorable en términos de recuperación nutricional y psicomotora y de reducción de mortalidad y morbilidad intercurrente de tipo infecciosa, si se compara con los servicios de un hospital pediátrico para este mismo grupo de la población.

Además, los costos del sistema de la CONIN son muy inferiores a los de un sistema hospitalario. La gran mayoría de los desnutridos graves pertenecen a los sectores más indigentes de nuestra sociedad. Un estudio socioeconómico de 286 familias de menores internados en los centros del área metropolitana en diciembre de 1978, reveló que los problemas de esas familias vinculados a trabajo, vivienda, educación, salud y factores culturales son gravísimos. Del análisis de estas características, se desprende que para recuperar el niño en forma permanente hay que actuar sobre el grupo familiar, y es en este aspecto que la comunidad ha brindado un apoyo importantísimo en forma de trabajo voluntario. Alrededor de 4 000 voluntarias trabajan actualmente en la CONIN; su papel fundamental es proporcionar a los niños el afecto y cariño que son esenciales para su recuperación, y extender las labores del equipo profesional y técnico.

Cabe señalar que la CONIN, con su trabajo en estrecho contacto con las estructuras del Estado y con su acción de desarrollo social, contribuye a la erradicación de la extrema pobreza. Constituye un complemento esencial del Programa de Control del Desnutrido que realiza, también con carácter curativo, el Servicio Nacional de Salud, tanto en forma ambulatoria como en centros cerrados hospitalarios. Estos actúan especialmente en favor de beneficiarios de nivel socioeconómico bajo y representan una forma de transferencia de recursos a tales grupos que debe tenerse presente en nuevas experiencias.

c) Programas de educación en nutrición y sistema educacional nacional

La existencia de un sistema educativo estatal de carácter nacional -obligatorio en su nivel básico- debería ser una herramienta importante para mejorar la salud y nutrición de la población chilena; sin embargo, la educación nutricional tradicionalmente ha sido considerada como atributo del sector salud, perdiéndose la oportunidad real de que ambos sistemas se refuercen mutuamente.

La educación nutricional dentro del sector salud, desde su inclusión en 1939 hasta la actualidad, ha sido concebida como "actividades diversas incorporadas en los diferentes programas de salud, sin que por ello constituyan, en sí, un programa específico". Estas acciones sirvieron, junto con otras, como base para iniciar en el país dos actividades de gran trascendencia: el programa de alimentación complementaria a grupos vulnerables de la población chilena, y el de educación nutricional como actividad de salud. (R. Soto, 1979).

Se iniciaron también trabajos sobre alimentación (por ejemplo, clasificación chilena de los cuatro grupos de alimentos, ración modelo) y la publicación de sus contenidos y de artículos que fomentaban el consumo de determinados alimentos. Algunos de estos contenidos de carácter educativo fueron incorporados a programas oficiales de la enseñanza sistemática y adoptados por diversos organismos estatales y privados interesados en la educación nutricional.

Posteriormente, en la Sección de Alimentación del Servicio Nacional de Salud se realizaron acciones y experiencias determinadas a definir políticas y programas de educación nutricional.

Con la creación de la Carrera de Nutricionista en 1967, la Universidad de Chile puso a disposición del sector salud nuevas promociones de profesionales con formación en salud pública, para diferentes niveles de atención, lo que permitió intensificar las actividades de educación nutricional en la comunidad.

El proceso de regionalización, que se ha llevado a cabo en el sector salud a partir de 1977, concentró en el Ministerio de Salud la responsabilidad de planificar, coordinar y evaluar los programas intersectoriales para la ejecución de los programas de nutrición del sector salud, como los de alimentación complementaria y actividades de educación nutricional, entre otros.

La inclusión de actividades de educación nutricional en los programas del Ministerio (v.gr., programa de salud del niño y del adolescente) ha sido realizado por el equipo de salud, integrando a diferentes profesionales y no profesionales en labores educativas.

El financiamiento en este campo no ha sido exclusividad del Ministerio. Se ha contado con aportes financieros importantes, provenientes de organismos nacionales y otros y utilizados mediante convenios y proyectos específicos (Convenio Ministerio de Salud/SAWS, OFASA, USAID; Proyecto de Lactancia Materna, Programa Rural Materno-Infantil con UNICEF y otros).

Cabe destacar que en Chile la educación nutricional no sólo ha interesado al sector de la salud, sino que diferentes sectores y organismos privados y estatales han incursionado en este campo. Ha habido un enfoque multidisciplinario de la nutrición, que ha llevado a extender el campo desde la producción de alimentos y su consumo hasta el aprovechamiento biológico de ellos, considerando sobre todo los factores económicos y culturales que influyen especialmente en las poblaciones más desprotegidas. (S. Valiente, 1981).

A pesar de la larga experiencia chilena en educación nutricional, generalmente de tipo interpersonal, los resultados obtenidos no han sido buenos; por ello esta experiencia se presenta para ser considerada en forma crítica. Es preciso explorar nuevos enfoques, como la utilización de medios de información pública u otros procedimientos, pues el conocimiento de alimentación y nutrición de la población chilena es deficiente. (M.T. Guzmán, 1980).

En un estudio realizado en 1978-1979 sobre conocimientos alimentarios y nutricionales de alumnos que ingresan a la Universidad de Chile y de profesores de enseñanza básica y media en Chile, se encontró que tales conocimientos eran insuficientes, como se aprecia en el cuadro 58.

Cuadro 58

CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACION Y NUTRICION EN 966 PROFESORES DE ENSEÑANZA BASICA Y MEDIA, Y DE 1 050 ALUMNOS QUE INGRESARON A LA UNIVERSIDAD DE CHILE, 1979

	Porcentaje de respuestas correctas				Total casos
	0 a 25	26 a 50	51 a 75	76 a 100	
Profesores	7.9	61.5	30.4	0.2	966
Alumnos	10.0	73.0	17.0	0.0	1 050
Total	9.0	67.5	23.4	0.1	2.016

Apenas el 17% de los alumnos y el 30.4% de los profesores tenían buenos conocimientos de alimentación, demostrando claramente el fracaso del sistema educacional y del medio familiar chileno en la formación de buenos hábitos alimentarios. Ello merece una revisión objetiva. (S. Olivares, 1981).

Paradójicamente, en la población pobre objeto de este estudio, los sectores urbanos muestran buenos hábitos de uso de sus ingresos en la compra de alimentos y una situación relativamente satisfactoria en cuanto a conocimientos alimentarios, lo que no necesariamente indica conductas acordes con esos conocimientos.

Contrastan estos resultados con la investigación realizada entre profesores y entre alumnos que ingresan a la universidad, como se señalara en párrafos anteriores. Parece positivo que las actividades en materia de educación nutricional hayan llegado a los sectores de menores ingresos con resultados relativamente más favorables que los obtenidos en niveles superiores; es probable que ello sea fruto de una orientación más específica de varias de las actividades educativas en salud y nutrición hacia la población más necesitada y de mayor riesgo.

### C. RESUMEN

Del análisis de los hechos anteriores parece desprenderse que los siguientes aspectos explicarían la discordancia entre mejoría en salud y nutrición versus poco progreso socioeconómico -en familias pobres- (F. Monckeberg, 1981):

i) existencia de sistemas de salud, educación y nutrición de carácter nacional, con alta cobertura y que abarcan grandes sectores de pocos recursos;

ii) cambios demográficos importantes que reducen el tamaño medio de la familia, y disminuyen el nacimiento de niños de alto riesgo (INE, 1981);

iii) aumento de la duración de la lactancia materna en distintos grupos poblacionales, lo que redundaría en mayor protección de niños menores de un año;

iv) programas específicos de prevención de la desnutrición y de mejoramiento del nivel de salud, como el PNAC, y atención primaria materno-infantil de gran cobertura en niveles socioeconómicos bajos;

v) programas específicos de curación de la desnutrición como los de la CONIN y del Ministerio de Salud;

vi) extensión del uso de los medios de información pública cuya cobertura incluye a muchas familias pobres.

### VII. CONCLUSIONES SOBRE POLITICAS PARA ALCANZAR UN NIVEL MINIMO DE BIENESTAR

A base de lo observado en el terreno y lo descrito en este estudio efectuado en una población pobre del Gran Santiago, que bien puede, con algunas variantes, ser semejante a la de otras zonas urbanas de América Latina, se presentan en seguida algunas conclusiones iniciales acerca de los principales problemas encontrados y sus factores condicionantes, así como sugerencias sobre posibles líneas de políticas para atender en forma específica necesidades básicas de familias pobres urbanas.

#### A. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTA LA POBLACION URBANA DE MENORES INGRESOS EN EL GRAN SANTIAGO

En relación con las necesidades básicas analizadas, se observan los siguientes problemas principales:

a) Los niveles de ingreso de las familias pobres son muy bajos, especialmente en relación con el tamaño de la familia y sus necesidades alimentarias. El 83% de las familias analizadas presentaron déficit de ingreso. En promedio, estas familias deberían elevar sus ingresos en 73% para saldar el déficit.

b) La alimentación

- b) La alimentación presenta deficiencias importantes. El 55% de las familias no alcanzó a cubrir el 90% de la ingesta de calorías recomendada. Con respecto a proteínas, el problema parece menos grave, aunque de todos modos más de los dos quintos de las familias estuvieron por debajo del 90% de la ingestión de proteínas recomendada.
- c) En cuanto a las condiciones de la vivienda y la relación de ésta con la familia, se puede apreciar que el problema principal está en la falta de agua potable y baño (sistema de eliminación de excretas) dentro de la vivienda; más del 60% de las viviendas fueron consideradas insuficientes o inadecuadas, ya fuese por hacinamiento y/o carencia de agua potable y baño en el interior. Si bien es cierto que 98% de las familias disponía de agua potable, el 45% la tenía fuera de la casa. El 46% de las familias tenía baño fuera de la casa y sólo el 58% estaba conectado al alcantarillado o poseía pozo séptico. El problema del hacinamiento se apreció como bajo; sólo 8.7% de las familias presentaron más de tres personas por dormitorio. En cambio, el índice utilizado para medir la promiscuidad señaló un nivel alto de familias afectadas: 58.9%. Es posible que si se mejora la metodología aplicada este nivel se reduzca.
- d) En relación a educación se pudo apreciar que cerca de la mitad de las madres (45.6%) tenía menos de seis años de estudio, siendo la escolaridad media en ese grupo de sólo 2.9 años. Un tercio de los padres había cursado menos de seis años, siendo la escolaridad media en éstos de 3.1.
- e) La información disponible permite estimar que un alto porcentaje de familias tiene acceso a los servicios de salud. Un 86.3% de las familias con acceso gratuito a atención médica y alimentación complementaria (familias con niños menores de dos años) ejercían ese derecho. De todos modos, este porcentaje está por debajo de la cobertura estimada del SNS para este grupo de edad.
- f) La mortalidad infantil en estas familias fue en promedio de 123.6 por mil. Este indicador señala que los problemas de salud de estas familias son mucho más graves que para el promedio nacional. Casi una de cada tres familias (29.7%) tenía a lo menos un hijo muerto durante el primer año de vida. Se destaca la importancia del indicador "Familia con hijo muerto menor de un año" para medir la pobreza en países en desarrollo. Otros indicadores de morbilidad también apuntan a situaciones bastante más graves que los promedios nacionales.
- g) En relación a desnutrición infantil, se observa que en las familias pobres existe una mayor proporción de niños desnutridos en todos los grupos de edades, que la observada para todo Chile. Dentro del grupo de cero a seis años la desnutrición en esta población es un 130% mayor que el promedio nacional.
- h) En cuanto a desempleo, los índices calculados son relativamente bajos. El problema de ingresos familiares sería consecuencia principalmente de subempleo, bajos niveles de ingreso por trabajo y alta tasa de dependencia.

## B. FACTORES CONDICIONANTES DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS

- a) Uno de los principales factores de los problemas que presenta esta población es la insuficiencia de ingresos. Basta con recordar que en el cuartil que acusa el mayor déficit de ingresos el 88,5% de las familias adolece de inadecuación calórica, el 88,5% presenta índice positivo de promiscuidad y el 53%, de hacinamiento. Las familias afectadas por el hacinamiento mostraron un ingreso per cápita igual a casi la mitad del ingreso per cápita de las familias no afectadas por él.
- b) El bajo nivel de ingreso obliga a esta población a dedicar una alta proporción de él a alimentos, a pesar de que muchas de las familias muestran inadecuada disponibilidad calórica y proteica. En promedio, un 63% del ingreso se gasta en alimentos, y en los cuartiles inferiores de ingreso, este porcentaje supera a los dos tercios del ingreso.
- c) Los bajos niveles de adecuación alimentaria y la alta proporción del ingreso que se destina a alimentos, señala la vulnerabilidad de estas familias a la subalimentación frente a factores que reduzcan sus ingresos, aumenten sus necesidades de alimentos, o eleven los costos de éstos.
- d) Uno de los factores que más influyen en el ingreso per cápita y los niveles de adecuación nutricional, es el tamaño de la familia y las tasas de dependencia. Los problemas más graves se aprecian en las familias de seis personas o más.
- e) En cuanto a escolaridad de los padres, al parecer la de la madre tiene más relación con los niveles de adecuación calórica. También se observó una escolaridad inferior de las madres en las familias con mortalidad infantil.
- f) Las familias con mortalidad infantil acusan también una menor adecuación calórica. La subalimentación parecería asociada a una mayor mortalidad infantil.
- g) Si bien es cierto que el aumento de los ingresos puede contribuir mucho a mejorar los niveles de satisfacción de necesidades básicas, en especial las alimentarias, la información recogida y la comparación del gasto entre familias de diferentes niveles de ingreso permiten suponer que al aumentar el ingreso, se eleva marcadamente el gasto en alimento (elasticidad gasto de alimentos + 0.746); sin embargo, el mejoramiento de la adecuación calórica es bastante menor (coeficiente de elasticidad ingreso/ adecuación calórica de sólo 0.383). Con el mayor ingreso se compran calorías y proteínas más caras.<sup>20/</sup>

---

<sup>20/</sup> Debe tenerse presente que estos coeficientes son los promedios de la muestra. Un análisis más acabado debería considerar coeficientes por estratos de ingresos. Es probable que la respuesta de la compra de alimentos a la elevación de ingresos sea proporcionalmente mayor en los estratos de ingreso más bajos y descienda en las familias con ingresos comparativamente mayores.

Este trabajo no ha profundizado mayormente en el análisis de factores condicionantes del ingreso familiar y per cápita. La información básica de que se dispone permitirá continuar este análisis, y se espera tener la posibilidad de hacerlo. Lo que se presenta hasta aquí es una selección de los principales problemas observados y de algunos de sus factores condicionantes. La información aportada en los capítulos anteriores permite inferir otros factores causales o condicionantes que fueron analizados en forma más amplia en el transcurso del Seminario.

#### C. SUGERENCIAS SOBRE LINEAS DE POLITICA PARA ATENDER NECESIDADES BASICAS DE FAMILIAS POBRES URBANAS

Entre las líneas de política que en un primer análisis aparecen interesantes para atender necesidades básicas de estas familias podrían señalarse:

- a) Acciones en materia de salud, especialmente de fomento y protección dirigidas a grupos vulnerables y asociadas a actividades de planificación familiar y paternidad responsable, concordantes con las decisiones de la pareja.
- b) Acciones dirigidas a mejorar los ingresos de estas familias, especialmente de aquellas con mayor tasa de dependencia (asignaciones familiares, distribución subsidiada de alimentos, etc.).
- c) La educación alimentario-nutricional parece importante para lograr que los incrementos de ingresos se orienten preferentemente a adquirir alimentos que no encarezcan las calorías y los nutrientes aportados, y para procurar neutralizar los efectos de la propaganda comercial y obtener una más racional distribución de los alimentos dentro de la familia.
- d) La alta participación de algunos alimentos en la alimentación de los más pobres puede hacer conveniente formular políticas especiales para esos productos, sobre todo en períodos coyunturales críticos (aumentos del desempleo, elevación del costo de la alimentación).
- e) Los programas de alimentación complementaria parecen especialmente importantes, tanto para mejorar ingresos en las familias con más altas tasas de dependencia, como para mejorar la calidad de la alimentación y fomentar la asistencia a los servicios de salud y su utilización.<sup>21/</sup>
- f) Parece recomendable dar atención preferente a determinadas familias de estos sectores pobres. Factores de selección podrían ser, entre otros, la existencia de niños desnutridos, casos de mortalidad infantil en la familia, tamaño familiar elevado, bajo nivel de escolaridad de la madre. La ampliación del estudio permitirá dar otros antecedentes sobre el tema como características de la vivienda, ocupación del jefe de familia, etc.

---

<sup>21/</sup> Sería útil analizar especialmente los efectos de la sustitución de la leche en el PNAC, lo que si bien ha abaratado los costos, ha motivado ciertas reacciones negativas de los beneficiarios frente a los sustitutos.

g) La educación formal también aparece como un campo de atención importante, considerando los relativamente bajos niveles de escolaridad de estas familias y la asociación de estos indicadores con otras necesidades básicas.

h) Desarrollo de metodologías simples para apreciar magnitud de la pobreza, sus factores más relevantes y poblaciones objetivo locales, sobre la base de aquellas características más relevantes encontradas y técnicas planteadas en este estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Valiente, S., Ruiz, C. y Kain, J., Study of the Food Purchasing Capacity of Low Income Urban Families of Santiago, Chile, 2nd. Report to the World Hunger Program of UNU (WHP/UNU), October, 1979, UPAN, INTA.
2. Ruiz, O. y cols., Estudio de la capacidad de compra de alimentos de familias urbanas de menor ingreso del Gran Santiago, Chile, 1980. 3er. Informe al World Hunger Program of the United Nations University (WPH/UNU). UPAN/INTA, octubre, 1980.
3. Kain, J. y cols., "Estudio nutricional de madres e hijos pertenecientes a familias de bajos ingresos del Gran Santiago", Revista Chilena de Nutrición, 8:20, 1980.
4. García, A., Criterios y políticas para la satisfacción de las necesidades básicas, Corporación de Investigación para Latinoamérica, CIEPLAN, Notas Técnicas Nº 20, Santiago, diciembre, 1979.
5. UNICEF, Situación de la infancia en América Latina y El Caribe, Editorial Universitaria, Santiago, 1979.
6. Altimir, O. y Sourrouille, J., "Measuring Levels of Living in Latin America: An Overview of Main Problems", Living Standard Measurements Study (LSMS), Working Paper Nº 3, The World Bank, Washington, October, 1980.
7. Cardoso, F., "El desarrollo en capilla", Planificación social en América Latina y El Caribe, UNICEF, Santiago, 1981.
8. Roma, H., Introducción, "El fenómeno educativo en el marco de la estructura social latinoamericana", Educación y sociedad en América Latina y El Caribe, UNICEF, Santiago, 1980.
9. Filgueiro, C., "Expansión educacional y estratificación social en América Latina, 1960-1970", Educación y sociedad en América Latina y El Caribe, UNICEF, Santiago, 1980.
10. Tadesco, J.C., "Educación y empleo industrial. Un análisis a partir de datos censales", Educación y sociedad en América Latina y El Caribe, UNICEF, Santiago, 1980.
11. CEPAL/UNICEF, Pobreza crítica en la niñez. América Latina y El Caribe, UNICEF, Santiago, 1981.
12. Departamento de Economía. Universidad de Chile, Ocupación y desocupación en el Gran Santiago, Santiago, 1980.

13. ODEPLAN, Estrategia nacional de desarrollo económico y social, Santiago, 1980.
14. OIT, Empleo, crecimiento y necesidades esenciales. Problema mundial, Ginebra, 1976.
15. Instituto de Economía, Universidad Católica de Chile, Mapa de la extrema pobreza en Chile, Instituto de Economía, Documento de Trabajo Nº 29, Santiago, noviembre, 1974.
16. Medina, E., Nivel de salud, Cuadernos Médicos Sociales 2:5, 1978.
17. Medina, E. y Kaempffer, A.M., Atención médica en el Gran Santiago, Cuadernos Médicos Sociales 4:15, 1979.
18. OPS/OMS, Estrategias regionales de Salud para Todos en el Año 2000, OPS, Washington, 1980.
19. UNICEF, Planificación social en América Latina y El Caribe, UNICEF, Santiago, 1981.
20. Ruiz, O., Valiente, S., Chateaneuf, R. y Salfate, E., Tendencia de la capacidad de compra de alimentos de las familias urbanas de bajos ingresos, 1968-1976, Primer informe a UNU (WHP/UNU), INTA, Informes Docentes 169/78, Santiago, 1978.
21. Monckeberg, F. y Valiente, S., Antecedentes y acciones para una política nacional de alimentación y nutrición de Chile, Editorial Gabriela Mistral, Santiago, 1976.
22. CONPAN, Chile: Estadísticas básicas en alimentación y nutrición, 1968-1978, CONPAN, Santiago, 1980.
23. Ruiz, O. y cols., Tendencia de la capacidad de compra de alimentos de las familias urbanas de bajo ingreso, 1968-1976, Primer Informe a la Universidad de las Naciones Unidas, INTA, Santiago, 1978.
24. Ruiz, O., Chateaneuf, R., Valiente, S., "Políticas económicas y situación alimentaria de los pobres urbanos", en Efectos de las políticas de precios en la situación nutricional, Taylor, L. y Solimano, G. (eds), Universidad de Naciones Unidas y Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo de México, 1979.
25. Kain, J., Avila, B., Valiente, S., Metas de disponibilidad alimentaria de Chile, 1985. Alimentos, 4(3):41, 1979.
26. Instituto Nacional de Estadística (INE), Encuesta nacional de presupuesto y gasto familiar de 1968, INE, Santiago, 1969.
27. FAO/OMS, Manual sobre necesidades nutricionales del hombre, Serie de Monografías OMS Nº 61, Ginebra, 1975.

28. González, N., Infante, A., Supplementary Feeding Programs of the Ministry of Health in Chile, Simposio Internacional sobre Programas de Intervención Nutricional, INTA, Santiago, 1978.
29. Monckeberg, F., y Riumalló, J.A., "El Programa de Centros Cerrados de Recuperación Nutricional en Chile: Una experiencia con la marginalidad", en Pobreza crítica en la niñez, CEPAL/UNICEF, Santiago, 1981.
30. Monckeberg, F., "Exitos en la lucha contra la desnutrición. ¿Por qué progresamos?", Creces 2:17, 1981.
31. Teller, Ch., Culagovski, M. y Aranda-Pastor, J., Interrelación desnutrición, población y desarrollo social y económico, INCAP, Guatemala, 1980.
32. Molina S., "Introducción" en Pobreza crítica en la niñez, CEPAL/UNICEF, Santiago, 1981.
33. Galofré, F., "Pobreza y los primeros años de la niñez. Situación en América Latina y El Caribe", en Pobreza crítica en la niñez, CEPAL/UNICEF, Santiago, 1981.
34. Toro, J., "Necesidades básicas de la niñez y marco institucional para atenderlas", en Pobreza crítica en la niñez, CEPAL/UNICEF, Santiago, 1981.
35. Ministerio de Salud, Estrategias de salud de Chile hasta el año 2000, Ministerio de Salud, Santiago, 1981.
36. Alvarez, M.L., La familia deprivada: Análisis de la familia urbana con hijos menores, INTA/Universidad de Chile, Santiago, (en prensa).
37. Alvarez, M.L. y cols., Características de familias urbanas con lactantes desnutridos, Arch. Latinoamericano Nutrición, 29:220, 1979.
38. Largo, E., Incidencia de los factores socioculturales en la recepción del PNAC: Un estudio exploratorio, DIPPAN/INTA, Santiago, 1980.
39. INE, Compendio estadístico 1981, Ed. Instituto Nacional de Estadísticas, Santiago, 1981.
40. Taucher, E., Población y Nutrición, INTA, Informe Técnico Docente 17/79, Santiago, 1979.
41. Medina, E. y Kaempffer, A.M., Elementos de salud pública, Ed. Andrés Bello, Santiago, 1978.
42. Molina, R., Crellana, M., López, I., et al., Elementos de salud materna y perinatal, Ed. Andrés Bello, Santiago, 1981.

43. Salazar, M.I., Matrona encargada de Programa: APROFA. Depto. de Actividades Médicas (Entrevista Personal), Santiago, 1981.
44. Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA), Memoria 1980, APROFA, Santiago, 1980.
45. Ministerio de Salud Pública de Chile. Programa de Extensión de Servicios de Salud Materno Infantil y Bienestar Familiar (PESMIB), Encuesta de seguimiento a aceptantes de regulación de fecundidad, Area Santiago Sur, 1974, Ministerio de Salud, Santiago, junio, 1976.
46. ODEPLAN, Presidencia de la República de Chile, Política Poblacional aprobada por Su Excelencia el Presidente de la República y publicada en el Plan Nacional Indicativo de Desarrollo (1978-1983), Presidencia de la República, Santiago, noviembre, 1979.
47. Mardones, S. F., Historia y situación actual de la lactancia materna, Programa de Fomento en Chile, INTA, Informe Técnico Docente 66/1979, Santiago.
48. González, N. et al., Principales programas de alimentación y nutrición en Chile, INTA, Informe Técnico Docente 71/1979, Santiago, 1979.
49. González, N. y Sánchez, H., Estrategia de planificación alimentario-nutricional en Chile, documento mimeografiado, CONPAN, Santiago, 1981.
50. Alvarez, M.L., Segure, T., Miranda, M. y Vial, M., "Evaluación de la distribución y consumo de leche", Revista Chilena de Pediatría, 49:247, 1978.
51. Torche, A., "Evaluación de un programa de nutrición: el caso de PNAC", Grupo de trabajo para el análisis del impacto del nivel de ingreso en la situación alimentaria y nutricional, INTA, documento mimeografiado, Santiago, enero, 1981.
52. CONIN, Programa SNS-CONIN, "Balance que reconforta", Creces 8:8, 1980.
53. Soto, R., Educación nutricional en el sector salud: Experiencia chilena, INTA, Informe técnico docente 59/1979, Santiago, 1979.
54. Guzmán, M.T., Una estrategia de educación en nutrición a través de los medios de comunicación de masas, INTA, Informe técnico docente 117/80, Santiago, 1980.
55. Valiente, S., Boj, M.T., Pautas para la enseñanza de nutrición en escuelas de agricultura: Un enfoque multidisciplinario, FAO/INTA. Editorial Universitaria, Santiago, 1982.
56. Biolley, E., Lerou, I., Olivares, S., Wall, A.M. y Valiente, S., Conocimientos alimentarios nutricionales de profesores y de alumnos que ingresaron a la Universidad en Chile, INTA, Informe técnico docente 110/80, Santiago, 1980.

/57. Olivares, S.,

57. Olivares, S., Biolley, E., Lerou, I. y Valiente, S., "Conocimientos alimentarios nutricionales de alumnos que ingresan a la Universidad de Chile", Revista Chilena de Nutrición, 9:27, 1981.
58. INE, Chile, Series Estadísticas, 1981, INE, Santiago, 1981.

### AGRADECIMIENTOS

La División de Políticas y Programas de Alimentación y Nutrición del INTA, deja público testimonio de su profundo reconocimiento por el respaldo institucional, estímulo y asistencia del Proyecto de Pobreza Crítica en América Latina, de la CEPAL; por la colaboración prestada por el UNICEF, por el PIA/PNAN de Naciones Unidas y por PREALC; y por el patrocinio y apoyo de la Universidad de Naciones Unidas y el Catholic Relief Services; por su asistencia técnica a María Miranda, Teresa Segura, Silvia Benavente y Rodrigo Berrios; por la abnegada labor desempeñada por el personal académico, administrativo y de servicio del INTA, y sobre todo, nuestro agradecimiento a las múltiples personas e instituciones que nos brindaron su apoyo en las actividades de terreno. A las familias involucradas, nuestro agradecimiento y nuestro compromiso por trabajar honestamente en la búsqueda de soluciones que les permita mejorar su situación humana.