



ACIONES UNIDAS  
CEPAL

# **SIMPOSIO REGIONAL SOBRE LA POBREZA CRITICA EN LA NIÑEZ**

**SANTIAGO DE CHILE, 3 AL 7 DE DICIEMBRE DE 1979**



**UNICEF**

PROYECTO INTERINSTITUCIONAL DE POBREZA  
CRITICA EN AMERICA LATINA

Organismos participantes del Proyecto:  
PNUD, CEPAL, UNICEF, ILPES y CELADE

RESTRINGIDO

E/CEPAL/PROY.1/R.20

E/ICEF/SIMP.2

Noviembre de 1979

ORIGINAL: ESPAÑOL



900001001 - BIBLIOTECA CEPAL

ESTUDIOS EXPERIMENTALES Y PROGRAMAS PILOTOS DE INTERVENCION  
Y ALIVIO A LA NIÑEZ POBRE EN AMERICA LATINA:  
UN EXAMEN DE LO AVANZADO

Ernesto Pollit, Ph.D., Consultor

El autor es profesor de Nutrición y Ciencias del Comportamiento en la Universidad de Texas, Houston. Las opiniones expresadas en este estudio son de su exclusiva responsabilidad y pueden no representar las de las instituciones participantes en el Proyecto.

79-10-2684



## TABLA DE CONTENIDOS

| Secciones                                                                                                  | Páginas |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. Programas y estudios experimentales y pilotos                                                           | 3       |
| 2. Conclusiones: integración de la información derivada de los estudios experimentales y programas pilotos | 18      |
| 3. Comentarios sobre la filosofía social implícita en los estudios experimentales y programas pilotos      | 23      |
| 4. Generalizaciones de los estudios experimentales y programas pilotos: problemas y factibilidad           | 28      |
| 5. Conclusiones                                                                                            | 35      |
| 6. Referencias                                                                                             | 37      |



En los últimos años varios gobiernos en América Latina han mostrado un interés especial por los niños, particularmente los niños pre-escolares, que viven en condiciones de absoluta pobreza. Este interés tiene varios orígenes, dentro de los cuales merece destacar la alta prevalencia de niños que no llegan a satisfacer sus necesidades básicas<sup>1</sup>; la evidencia de que la pobreza y la desnutrición pueden afectar adversamente el desarrollo intelectual del niño<sup>2</sup>; y una preocupación por una mejor justicia social. A nivel de los Organismos de las Naciones Unidas, y de otros organismos internacionales se habla de un nuevo orden político-económico, y de la satisfacción de necesidades básicas como una estrategia para el desarrollo<sup>3</sup>.

La preocupación por el bienestar de los niños y por mejorar sus condiciones de vida para facilitar su desarrollo físico y psicológico ha determinado una búsqueda de medios más efectivos de llegar a ellos. Desafortunadamente la experiencia acumulada y los conocimientos existentes, sobre cómo optimizar la atención a las necesidades básicas de niños que viven en condiciones de privación económica, es insuficiente. Ello es así no sólo porque las investigaciones en estas áreas son relativamente nuevas sino también porque muchas veces para esa atención se requiere de coordinación intersectorial o interdisciplinaria difícil de ejecutar. Esta situación ha contribuido a que muchos gobiernos, organismos de las Naciones Unidas y otras agencias internacionales, dirijan sus miradas a estudios experimentales o programas pilotos, llevados a cabo en países de América Latina, que focalizan en esta difícil área de atención a la niñez. El interés en estos programas, como se puede esperar, está muchas veces acompañado de una gran

expectativa por encontrar modelos o estrategias de intervención efectivos. La efectividad en estos casos puede ser definida por los beneficios a los participantes, por un bajo costo, y por la versatilidad del programa que permita su aplicación a grupos de diferentes regiones.

Apriori, sin conocer la real efectividad de los programas, es concebible que la presión que los gobernantes experimentan por aliviar inmediatamente el problema de la pobreza en el niño, asociado al entusiasmo de los que trabajan en los programas, lleve a decisiones poco acertadas. El interés político por un lado, y el optimismo de investigadores por otro, puede determinar la implementación de programas inefectivos y la utilización inapropiada de los escasos recursos económicos disponibles. Es también concebible que estos factores o condiciones precipitantes lleve a programas que aparentemente están basados en una filosofía social justa, pero que en realidad no son sino "vino nuevo en botella vieja"; o, aún peor, medios de detener cambios sociales acelerados.

A la luz de estas consideraciones, el propósito de este trabajo es, primero, el de revisar selectiva y críticamente algunos estudios experimentales y programas piloto en América Latina; segundo, hacer un sumario interpretativo de lo que sabemos sobre los beneficios de estos programas; tercero, discutir ciertos aspectos de la filosofía social implícita en estos programas en el caso fueran utilizados ya no como estudios o programas pilotos sino en forma masiva, para dar servicios a un sector de la población de país. Finalmente, considero los problemas metodológicos o mecánicos asociados a utilizar estos programas en forma de servicios masivos, y

expreso algunas opiniones sobre lo que creo son condiciones indispensables para su buen funcionamiento.

Para los propósitos de este trabajo los estudios experimentales se refieren a aquellos trabajos investigativos cuya intención primaria era la generación de datos que ayudaran a clarificar la naturaleza de la relación existente entre la desnutrición, la pobreza y la conducta de los niños. Estos programas tuvieron en común la manipulación, por parte de los investigadores, de parte de la ingesta dietética de los participantes y el interés específico en las covariaciones entre el crecimiento físico y el desarrollo mental. En algunos de estos estudios también hubo una manipulación experimental del ambiente psicoeducacional del niño. Cuando estos programas fueron montados existía un interés secundario en la aplicabilidad del sistema de intervención como servicio general a otras poblaciones no-experimentales.

Los programas pilotos, a diferencia de los estudios experimentales desarrollados con fines puramente investigativos, tuvieron como objeto primario el servir a los participantes y encontrar un sistema de intervención aplicable a otras poblaciones. Generalmente utilizaron medios educativos (por ejemplo, trabajo con las madres) como sistema de intervención primario. Sin embargo, todos los programas pilotos aquí revisados también han tenido un componente evaluativo que permite conocer (aunque sea aproximadamente) la efectividad de la modalidad de la intervención utilizada.

1. Programas y estudios experimentales y pilotos:

Para los propósitos de esta sección utilizo información publicada

sobre estudios experimentales llevados a cabo en Colombia<sup>4,5</sup> (uno en Bogotá, y el otro en Cali), en Guatemala<sup>6</sup>, y en México<sup>7</sup>; y tres programas pilotos, dos en Chile<sup>8,9</sup>, y uno en Colombia<sup>10</sup>. Pese a algunas limitaciones, estos 7 estudios son, en mi criterio, los que han mantenido la mejor metodología y conceptualización teórica en los últimos años en América Latina.

En su conjunto estos estudios y programas varían significativamente en las modalidades de intervención que han utilizado. Dentro de todos los aquí incluidos hay algunos que sólo tratan de mejorar la dieta de la familia, en general, o del niño en particular; mientras que otros focalizan en la variable educacional, trabajando con la madre o el niño; y un tercer grupo, combina ambas variables y añade una tercera: atención médica. Estas diferentes modalidades en las estrategias de intervención se han utilizado en este trabajo para clasificar tanto los estudios como los programas, para así tratar de identificar aquellas modalidades que parezcan ser más efectivas.

Los estudios y programas en cuestión han trabajado bajo la hipótesis de que la pobreza, en general, o la desnutrición, en particular, ejercen efectos nocivos específicos sobre el crecimiento físico y desarrollo mental del niño. Sus objetivos son precisamente evaluar la factibilidad de la prevención o la rehabilitación de dichos efectos. Con excepción de los estudios donde la intervención se restringe a la suplementación alimenticia, todos los proyectos parecen operar bajo la premisa de que la conducta de los padres o las condiciones de vida intrínsecas a las familias que viven en condiciones de pobreza extrema no promueven la competencia intelectual<sup>8,9,13</sup>. Se da por sentado, pro lo tanto, que la introducción de modificaciones selectivas en el ambiente



inmediato del niño (sea en la dieta o en los hábitos de crianza) tendrán un efecto benéfico claro que promueva su desarrollo.

Debo aclarar que la revisión de estudios y programas que sigue es muy breve; sólo se intenta destacar los aspectos y resultados más saltantes de los distintos modelos de intervención. No pretendo hacer una revisión exhaustiva de los datos generados por los estudios; para ello el lector puede dirigirse a una serie de fuentes bibliográficas ya existentes<sup>14-17</sup>.

#### 1.1. Suplementación Alimenticia:

Bajo esta rúbrica incluyo aquellos estudios experimentales que han restringido la intervención a la suplementación alimenticia, la cual puede extenderse desde el período de gestación hasta los primeros años de vida postnatal. Este grupo abarca el estudio de R. Klein y colaboradores en Guatemala<sup>6</sup>, y el de A. Chávez en México<sup>7</sup>. Además, pese a que la intervención que se usó en el estudio de O. Mora<sup>4</sup> en Bogotá, Colombia, comprendía un componente educacional sumado a la suplementación alimenticia, he incluido este estudio en este grupo pues el diseño de investigación utilizado permite el análisis de los efectos de la variable nutricional en forma independiente.

Los datos del estudio efectuado en 4 comunidades rurales de Guatemala se concentran en la contribución que ejerce el suplemento de calorías a la madre y al niño<sup>6, 18</sup>. El suplemento diario se inició en el tercer trimestre de la gestación y continuó hasta el sexto año de vida postnatal. Los resultados mostraron una correlación muy pequeña ( $r = .135$ ), pero estadísticamente significativa, entre las calorías suplidas durante el embarazo y el peso del recién nacido. Una comparación estadística entre el peso al nacer de los bebés de las mujeres con una ingesta del suplemento por encima de las

20,000 calorías (durante la gestación) fue además significativamente más alto que el de los bebés de las mujeres con una ingesta por debajo de las 20,000 calorías. Los recién nacidos del grupo de mayor ingesta pasaron, en promedio, 3,105 gramos, mientras que los de menor ingesta pesaron 2,994 gramos.

El estudio efectuado en Bogotá, Colombia<sup>4</sup> también comparó el crecimiento fetal de los niños concebidos por madres que recibieron una suplementación dietética y el de un grupo de control. Al nacer el peso medio de los hijos de estas últimas fue de 2,932 gramos, mientras que el peso de los primeros fue de 2,992 gramos. Esta diferencia de 60 gramos fue estadísticamente significativa. El análisis por sexo de la muestra mostró que mientras hubo un efecto significativo del suplemento en los niños (Sup. = 3061 gramos; control = 2947 gramos) no se presentó ningún efecto en las niñas (Sup. = 2935 gramos; control = 2935 gramos). Además, cuando se determinó la proporción de los bebés con bajo peso al nacimiento para la muestra total se encontró que sólo entre los suplementados del sexo masculino había una disminución estadísticamente importante (Sup. masculino = 5.6%; control masculino = 14.6%).

Es menester aclarar que el estudio en Bogotá entregaba el suplemento semanalmente, a diferencia del estudio en Guatemala que lo hacía diariamente y directamente a los participantes. En Colombia el paquete con el suplemento contenía una cantidad adecuada para su distribución entre todos los miembros de la familia.

En cuanto a resultados posteriores a la etapa neonatal, en el estudio de Guatemala también se encontró que a los 15 meses de edad habían correla-

ciones estadísticamente significativas entre el nivel de suplemento alimenticio y los puntajes en las escalas de desarrollo mental y motor (.130 y .134 respectivamente). A los 24 meses este mismo análisis de correlación dió como resultado coeficientes de .16 y .22. A los 36 meses de edad se presentaron también correlaciones estadísticamente significativas entre el nivel de suplementación y el desarrollo del vocabulario y de las inferencias verbales.

El estudio en México<sup>7</sup> utilizó también un diseño longitudinal, se ubicó en una comunidad rural, y tuvo como objetivos la comparación de un grupo expuesto a un programa de suplementación y un grupo de control. Una diferencia importante entre éste y los otros dos estudios ya revisados es que en México se utilizó una muestra mucho más pequeña (40 en total), pero un control más exacto sobre el desarrollo de los niños. La suplementación se inició aproximadamente a los 4 días de gestación y se continuó aproximadamente hasta el cuarto año de vida postnatal. Los resultados indicaron que a las 24 semanas de vida ya habían diferencias muy claras entre los dos grupos. Los niños experimentales durante el día, pasaban menos tiempo en la cuna, empleaban más tiempo en "juegos libres" y mantenían un contacto mayor con sus hermanos. Después del sexto mes de vida también se observaron grandes diferencias entre la interacción madre-hijo ya que el grupo con suplemento, en comparación con el control, mantenía una conducta más independiente. El autor reporta que "al año de vida el grupo experimental era casi seis veces más activo que el grupo sin suplemento alimenticio". Era aparente que el crecimiento y el desarrollo de ambos grupos eran diferentes en muchos modos. Física, social, emocional y cognoscitivamente el grupo con suplemento estaba mucho más avan-

zado y maduro que el grupo sin suplemento.

En conclusión, los programas de suplementación en madres gestantes han tenido efectos muy leves o moderados. En los estudios de Guatemala y Colombia se observaron incrementos de peso en los recién nacidos que estuvieron por debajo de los 100 gramos, pese a que el promedio de peso original de los bebés en las comunidades era bajo (entre los 2900 y 3000 gramos). Además, (con excepción del estudio en México) la información sobre el impacto de la suplementación en el desarrollo cognoscitivo postnatal indica la presencia de efectos mínimos, y de dudoso valor biológico. El estudio de México, por otro lado, sugeriría que el impacto de la suplementación alimenticia puede ser considerable en ciertas circunstancias. Sin embargo, dicha conclusión tiene que ser puesta en duda pues este estudio sufrió de serias deficiencias metodológicas. La entrega de los suplementos se efectuó en una estación de investigación dentro de la pequeña comunidad rural. Dos veces al día las parejas experimentales acudían a la estación, donde además de recibir el suplemento establecían contacto con los investigadores y otros participantes del programa. De tal modo, la intervención no sólo fue nutricional sino también social. Además la participación en el programa tenía un aura de "prestigio", y es difícil determinar la manera como ello afectó la conducta de los padres con respecto al cuidado de los niños. Se puede inferir que los efectos observados en los niños bien pueden haber estado determinados por los correlatos del tratamiento nutricional, y no necesariamente por los nutrientes suplementarios.

#### 1.2. Apoyo educacional a los padres:

Este tipo de programa tiene como característica principal el que la

intervención está dirigida a los padres (especialmente la madre) con el fin de reforzar o crear nuevos hábitos de crianza que favorezcan el crecimiento físico o desarrollo psicológico del niño. Las estrategias de trabajo varían considerablemente entre programas. Algunos han utilizado medios audiovisuales presentando diapositivas que reflejan situaciones relacionadas a la nutrición del niño, a su salud, o a su aprendizaje; mientras otros programas han preparado manuales de estimulación sensorial que las madres pueden utilizar. En este grupo incluyo dos estudios en Chile<sup>8,9</sup> y uno en Colombia<sup>11</sup>.

#### 1.2.1. Programa de estimulación precoz<sup>8</sup>:

Este programa tenía el propósito de analizar los efectos de entrenamiento en el hogar, de madres de bajo nivel económico, en la estimulación sobre el desarrollo psicosocial de lactantes de 0 a 2 años de edad. Para ello se prepararon 24 manuales de estimulación para ser empleados por las madres, uno por mes. Los contenidos incluían la descripción de diversas situaciones que podrían estimular consistentemente la coordinación del niño, su desarrollo motriz, lenguaje y maduración social. También incluían contenidos que aumentarían la relación afectivo-intelectual entre padres e hijos, y la formación de hábitos en los niños.

Las madres fueron escogidas al azar para formar los grupos de tratamiento y control. Estos estaban compuestos de la siguiente manera: (GE1) que incluyó a 42 lactantes experimentales durante los primeros 24 meses de vida; (GE2) 12 sujetos experimentales de los 4 a los 24 meses (GE3) 40 lactantes empleados como controles hasta cerca del 14 mes de vida, y después usados

como sujetos experimentales. Hasta el treceavo mes las madres en GE3 también recibieron visitas del personal auxiliar. Sin embargo, en estos casos - y para fines de control - se restringieron las visitas a discusiones sobre el crecimiento físico de los niños.

(GC1): grupo de control sin tratamiento, evaluado cada 3 meses. (GC2) grupo también de control pero proveniente de un nivel económico medio-alto.

Los resultados indicaron que a los 15 meses de vida aproximadamente existía una diferencia estadísticamente significativa, y en la dirección esperada, entre los cocientes de desarrollo de los grupos GE1 y GC1. Sin embargo, no se encontraron diferencias importantes entre los grupos GE1 y GC2.

Además no hubo diferencias entre GE1 y GE2; o sea que, a largo plazo, no importó si el tratamiento comenzó inmediatamente después del nacimiento o cuando los niños tenían cuatro meses de edad. Aún más, a los 21 meses de vida no hubo diferencias entre GE1 y GE3. Por lo tanto, estos datos no apoyan la necesidad de una intervención durante los primeros meses de vida, ya que a los 24 meses no existen diferencias entre los dos grupos de niños expuestos al mismo tratamiento pero uno comenzando al nacer, y el otro a los 14 meses.

#### 1.2.2. Proyecto Padres e Hijos<sup>9</sup>:

Este programa educativo en el Valle de Aconcagua, Chile, tenía como objetivo el desarrollar hábitos de cuidado infantil conducentes a la creación de una atmósfera saludable para la crianza del niño, y la motivación necesaria para actuar sobre el medio ambiente en pro de los hijos. Con este propósito

se utilizaron las escuelas primarias rurales del área como la base de operaciones, con profesores de primaria seleccionados como educadores de los padres. El trabajo de éstos focalizó en temas selectos, como por ejemplo: factores ambientales que influyen en el desarrollo del niño, su crecimiento viso-motriz, nutrición, educación sexual, y otros. Estos temas emergieron de cuestionarios administrados a los padres durante la fase piloto del programa.

Dos profesores de cada escuela participaron en la parte experimental, que incluyó a 60 madres de niños de 4 a 6 años de edad. Los profesores se reunieron con las madres participantes una vez a la semana durante 59 sesiones, en la escuela primaria, con el propósito de desarrollar un tema en particular. Mediante el empleo de transparencias que muestran situaciones problemáticas se introducía un tema específico. Este servía para la discusión del problema concreto relacionado directamente con la situación del niño pequeño. Cada serie de transparencias se acompañaba de una guía para uso del profesor que destacaba los objetivos y las posibles líneas de discusión. Parte de cada sesión se dedicaba también a la demostración de cómo las madres pueden construir materiales para la estimulación del niño.

Los autores han reportado los resultados de un análisis preliminar en el que se comparó el cociente intelectual de un subgrupo de niños experimentales y un grupo de control que asistió a un Kindergarten formal. La evaluación se hizo a los 0, 4 y 8 meses de tratamiento. De los efectos principales que se analizaron sólo el factor tiempo mostró ser estadísticamente significativo. Después de 8 meses de tratamiento el grupo experimental mostró un in-

cremento de 7.6 puntos y el control un incremento similar de 6 puntos. No se demostraron diferencias significativas entre los grupos. Debe destacar que sólo se examinaron 18 niños en el grupo experimental, y 17 en el grupo de control. En conclusión se observó que el tratamiento (trabajo con los padres) dió un resultados similar al que se obtuvo con el kindergarten formal.

### 1.2.3. Programa de niños inteligentes<sup>11</sup>:

Este programa ha operado en Rincón de Suba, un barrio de bajo ingresos en Bogotá, Colombia. La meta ha sido el incrementar o reforzar las habilidades de crianza de los padres para hacer óptimo el crecimiento y desarrollo de los hijos. El programa ha operado en base a un modelo educativo que incluye un conjunto temático establecido, materiales y métodos didácticos.

Se preparó un manual de salud y nutrición, y otro sobre estimulación psicológica. Entre los temas incluidos en el primero se encuentra la identificación de la desnutrición (sintomatológica), las relaciones entre la desnutrición y el desarrollo mental, la interacción entre la desnutrición y la infección, la alimentación materna, vacunas, y el empleo de los servicios de salud. El manual de estimulación incluyó aproximadamente 300 actividades y juegos que la familia podía emplear con los lactantes. Otro medio para comunicar a los padres los mensajes seleccionados sobre el cuidado fue el uso de diapositivas.

Se efectuó una evaluación intermedia o preliminar del progreso de las madres involucradas en el estudio. Para este propósito se desarrolló y ad-



ministró un cuestionario de criterios de referencia basado en el contenido de las actividades de 105 madres. El propósito fue el de medir los cambios en el conocimiento y la conducta de las madres sobre la estimulación del lactante, la salud y nutrición.

Los resultados indican que, de un puntaje máximo posible (100%), las madres obtuvieron un promedio de 67% y 62% respectivamente en conocimientos y conducta de salud y nutrición; y 37% y 58% en conocimientos y conducta de estimulación. A pesar del bajo puntaje en estimulación los investigadores han argumentado que la ganancia "neta" fue mayor ya que las madres tenían originalmente muy pocos conocimientos sobre esta área de desarrollo.

Como parte de la evaluación también se compararon los puntajes de las madres en función del número de asistencias a las sesiones de educación. Se establecieron con este propósito cinco grupos: No. 1, no asistió a ninguna sesión; No. 2, asistieron de 1 a 5 sesiones; No. 3, asistieron de 6 a 10 sesiones; No. 4, asistieron de 11 a 20 sesiones; y No. 5, asistieron de 21 a 30 sesiones. Los resultados indicaron que los únicos grupos que difieren estadísticamente entre sí y en la dirección esperada eran los grupos 1 y 5.

No es fácil llegar a una conclusión clara o definitiva sobre los beneficios del segundo modelo, apoyo educacional a los padres. Esto se debe principalmente a que los tres programas pilotos que hemos revisado no han contado con una metodología de evaluación sólida y, además, han focalizado su evaluación en parámetros diferentes. Sin embargo, tanto el programa de Estimulación Precoz así como el proyecto Padres e Hijos sugieren que la in-

intervención a través de los padres puede resultar en un incremento cuantificable en los puntajes de pruebas de desarrollo de los hijos. Desafortunadamente, debido a los problemas inherentes a la metodología utilizada no se puede rechazar la posibilidad de que dichos incrementos no sean sino efectos de regresión estadística a la media. Además, se debe notar también que los efectos -- especialmente en el caso del Proyecto Padres e Hijos -- son numéricamente pequeños y de dudoso valor psicológico. Pero, también debemos notar que estos incrementos son de una magnitud similar a aquellos alcanzados a través de la suplementación alimenticia. Esta es una estimación pues no hay manera de comparar los resultados de uno y otro tipo de programas sólo con los puntajes que se reportan en los informes. Dicha comparación requeriría analizar los puntajes individuales.

Otra nota importante que merece la pena introducir a este nivel del análisis interpretativo es que en las ciencias de la conducta los signos de cambio de las medidas de comportamiento no necesariamente indican que han ocurrido cambios intraorgánicos de larga duración. Con frecuencia las "ganancias" conductuales desaparecen en exámenes o evaluaciones subsiguientes. En los datos que hemos revisado no existe información que demuestre que los cambios que han sido asociados con los tratamientos son realmente durables.

Por último debemos indicar también que los datos del Proyecto Niños Inteligentes muestra que las intervenciones en cuestión no necesitan ser vistas exclusivamente desde el punto de vista del desarrollo del niño. Este estudio reporta resultados sumamente interesantes en los conocimientos y conductas de las madres. Dichos cambios podrían acarrear cambios posteriores (e.g., después

del ingreso al colegio) en los niños, que no pudieron ser detectados en las evaluaciones de desarrollo originales.

### 1.3. Suplementación, educación y cuidado médico<sup>5</sup>:

Uno de los programas experimentales con mayor éxito en América Latina ha sido el de McKay y colaboradores del Instituto de Ecología Humana en Cali, Colombia<sup>5</sup>. Este programa de intervención directa a los niños incluía actividades educativas, suplemento de alimentos y cuidado médico en un centro de cuidado diurno. Los criterios empleados para seleccionar a los sujetos en el estudio incluían medidas de altura y peso, que indicaban la presencia de una desnutrición leve o moderada al iniciarse el programa. Los casos fueron seleccionados de diferentes barrios pobres de la ciudad. El diseño estableció cuatro diferentes períodos independientes de tratamiento, cada uno de diferente duración e iniciándose en un período de desarrollo infantil diferente. El primer tratamiento se inició cuando los niños tenían cerca de 42 meses de vida, mientras que el último y más corto se inició cuando la media de las edades del grupo respectivo era de 74 meses aproximadamente. Se empleó también a un grupo de control del mismo nivel económico que los sujetos de la muestra y otro grupo proveniente de un socio-económico más alto.

Un día de tratamiento incluía aproximadamente 4 horas de educación y 2 dedicadas a la salud, nutrición e higiene de los niños. La escala de puntuación sobre la "habilidad cognoscitiva general" para los diferentes grupos (excepto para la muestra de ingreso bajo) se incluye en la Tabla 1.

La Tabla No. 1 ilustra claramente que el grupo que recibió el tratamiento durante más tiempo presentó la mayor capacidad a los 87 meses de edad entre las muestras de niños tratados. Otro hallazgo importante es que el declive

TABLA No. 1

Puntajes promedios de habilidad cognoscitiva general de los 4 grupos y grupo control para 5 evaluaciones (Referencia No. 5)

| Grupo | N  | Edad promedio a la Evaluación |       |      |      |      |
|-------|----|-------------------------------|-------|------|------|------|
|       |    | 43M                           | 49M   | 63M  | 77M  | 87M  |
| HS    | 28 | -.11                          | .39   | 2.28 | 4.27 | 4.89 |
| T4    | 50 | -1.82                         | .21   | 1.80 | 3.35 | 3.66 |
| T3    | 47 | -1.72                         | -1.06 | 1.64 | 3.06 | 3.35 |
| T2    | 49 | -1.94                         | -1.22 | .30  | 2.61 | 3.15 |
| T1    | 90 | -1.83                         | -1.11 | .33  | 2.07 | 2.73 |

de las curvas para todos los grupos varía en función de la edad de los niños inmediatamente después del inicio del tratamiento. Mientras más pequeño era el niño al inicio del programa mayor era el impacto inicial del tratamiento. Sin embargo, también es importante hacer notar que hay una tendencia a perder algo de las ganancias iniciales, con respecto a los grupos que iniciaron el tratamiento a los 42 y a los 54 meses, conforme avanza el tiempo. Finalmente, a pesar del impacto significativo de los tratamientos, ninguno de los niños alcanzó el nivel de rendimiento que presentan los niños de ingreso alto.

Cuando los niños cumplieron ocho años de edad -- o un año después de que se terminó el estudio -- aún se presentaban diferencias en el rendimiento cognoscitivo entre los grupos tratados, en la dirección esperada. Los efectos del tratamiento parece ser que se mantuvieron, aunque el tratamiento mismo se había discontinuado.

En conclusión, el estudio experimental de McKay y colaboradores demuestra claramente el enorme impacto benéfico que puede tener una intervención bien llevada en el desarrollo físico y mental del niño que vive en absoluta pobreza. Este estudio es particularmente importante porque prueba que las probabilidades de rehabilitación son muy altas aún cuando el programa comience después de los primeros tres años de vida del niño. Asimismo, los datos revisados sugieren que la intervención multifactorial (nutrición, educación, salud) es probablemente más efectiva que la intervención monofocal. Se debe subrayar, sin embargo, que este tipo de intervención a varios niveles requiere de una coordinación inter-sectorial óptima para poder trabajar efectivamente. Pasemos ahora a derivar algunas conclusiones de lo que hemos revisado hasta este punto del trabajo.

2. Conclusiones: Integración de la información derivada de los estudios experimentales y programas pilotos:

En esta sección presento ocho conclusiones referentes a los resultados obtenidos en los estudios y programas revisados<sup>19</sup>. Estas se refieren exclusivamente a los efectos de los programas en el niño, con algunas referencias a la madre. He excluído referencias a los posibles efectos sobre el resto de la familia y sobre la comunidad. Las conclusiones están presentadas siguiendo, por un lado, un orden conceptual, y por otro, un orden determinado por la solidez de éstas. Comienzo con aquellas que me parecen conclusiones definitivas y paso gradualmente a aquellas de carácter tentativo.

La primera conclusión que se desprende de la información revisada es que el funcionamiento intelectual en niños desnutridos que viven en condiciones de extrema pobreza, es enormemente plástico. Es impresionante ver como los resultados de todos los estudios y programas (con enorme variabilidad entre ellos) que he revisado indican que los niños tratados obtienen beneficio (indicado por incrementos en puntajes en pruebas de inteligencia, o por correlaciones entre puntajes y tratamiento) de los diferentes sistemas de intervención utilizados. Esta plasticidad es evidente también en la variabilidad que se encuentra en la magnitud de dichos beneficios en los diferentes programas y estudios.

Debo enfatizar que dicha plasticidad es evidente aún después del tercer año de vida. Hemos visto en el estudio de Cali<sup>5</sup> que se pueden lograr incrementos muy significativos en el nivel de funcionamiento intelectual del niño pobre y desnutrido comenzando la intervención (nutrición, educación, salud) después de que éste ha estado expuesto durante la infancia y al principio de

la época pre-escolar a un ambiente de severa privación ambiental. Esta segunda conclusión no niega la posibilidad de que se puedan lograr mayores beneficios comenzando la intervención antes del tercer año de vida. Desafortunadamente esta última hipótesis no puede ser aceptada o rechazada sobre la base de la información existente.

Los datos sobre los beneficios aparentes derivados de un programa que comienza después de los treinta-y-seis meses de vida me llevaron a la tercera conclusión. La desnutrición, o la exposición a una vida de severa pobreza durante la infancia no necesariamente lleva a un retraso intelectual irreversible. Esta conclusión rechaza, por lo tanto, la concepción del llamado período crítico tan popular en estudios sobre los efectos de la deficiencia calórico-proteínica en niños, y que provenía de investigaciones fundamentales con animales experimentales de laboratorio.

La cuarta conclusión toma otro rumbo conceptual y se refiere a la estrategia de intervención. Al comparar los resultados obtenidos por los diferentes estudios y programas es claro que los beneficios de la intervención varían en relación directa a los canales de intervención utilizados. Los programas de intervención monofocales (e.g. suplementación alimenticia) dan como resultado efectos que pueden ser documentados estadísticamente pero de dudoso valor psicológico. Por otro lado los programas que han utilizado intervenciones nutricionales, educacionales y control médico muestran resultados de importancia biológica así como estadística.

De las cuatro anteriores se puede inferir una quinta conclusión. La plasticidad del funcionamiento intelectual de los niños que viven en pobreza no es unidireccional. Esto es, así como los niños se benefician de los

programas y el beneficio (después de los 18 meses) varía en función de la duración de éstos, los niños probablemente perderán lo ganado si los programas se suspenden y ellos vuelven a un ambiente de privación ambiental. Además, la pérdida (o el deterioro) estará positivamente correlacionada con el tiempo fuera del programa. En consecuencia, debemos pensar que los programas durante la infancia que no continúan durante la época pre-escolar no tendrán ningún beneficio a largo plazo. Esta conclusión es particularmente importante si es que los programas tienen como uno de sus objetivos el optimizar las habilidades del niño para aprovechar la educación formal escolar.

Un corolario de esta conclusión es que los programas pre-escolares que continúan hasta que el niño entre en la escuela variarán en la duración de sus efectos en función de la calidad de la escuela formal educativa a la cual son expuestos. Sin un programa de intervención efectivo es el antecedente inmediato de un buen colegio primario el resultado será enormemente benéfico y duradero en el niño. A la vez ese mismo programa seguido por una mala experiencia escolar llevará a que el niño pierda los beneficios derivados de su experiencia en el programa escolar.

La sexta conclusión adopta ya un carácter tentativo y se refiere a la duración de la intervención. Hasta los 18 meses de edad las intervenciones de corto (3 ó 4 meses) o largo plazo (~12 meses) producen beneficio similares, en el nivel de funcionamiento intelectual; mientras que, a partir de los 36 meses los beneficios de la intervención varían en función directa a su duración. La primera parte de esta conclusión, sin embargo, requiere de dos clarificaciones importantes. Primero, la evidencia a través



de un análisis seccional de beneficios similares a corto plazo, provenientes de programas de corta y larga duración, a los 18 meses (medidos por el cociente de desarrollo) no es indicación de efectos similares a largo plazo. Esto es, la evidencia que tenemos de los estudios en cuestión no es suficiente para rechazar la hipótesis de que los niños que han estado expuestos a un programa de intervención de 12 meses obtengan beneficios más duraderos y profundos que aquellos que estuvieron expuestos a un programa de sólo 3 a 4 meses. La segunda aclaración es que la similitud en los beneficios de programas de corta o larga duración es probablemente correcta para casos en los cuales no ha habido historia de una desnutrición severa (tipo marasmo) y prolongada<sup>16</sup>. Para estos últimos casos donde las probabilidades de daño intelectual son particularmente altas es posible que sean necesarias las intervenciones de larga duración durante los primeros dieciocho meses.

La séptima conclusión que propongo, también de carácter tentativo, es en cierta medida derivada de la anterior. La edad más sensitiva a la intervención (de carácter multifactorial) se ubica entre los 18 y los 42 meses. La razón para fijar el límite inferior de este intervalo en los 18 meses se desprende de los datos ya revisados en conexión con la conclusión anterior. He fijado, por otro lado, el límite superior en los 42 meses por tres razones. Primero, por el evidente beneficio logrado por el programa de McKay y colaboradores en Cali, Colombia a partir de los 42 meses<sup>5</sup>. Segundo, porque en este mismo estudio el impacto disminuye en los siguientes cohortes de los niños expuestos al programa. Tercero, porque no se puede rechazar la posibilidad

de que el impacto haya sido mayor que el observado en el cohorte de niños que comenzó en el programa a los 42 meses, si es que se hubiera comenzado antes.

Debo aclarar que esta conclusión no se generaliza a todos los aspectos o áreas del desarrollo del niño, ya que éste no es un proceso uniforme. Aquí me estoy refiriendo al desarrollo intelectual que tiene su eje en la formación de símbolos y conceptos. Otras áreas del desarrollo que giran alrededor de estructuras puramente biológicas pueden tener un carácter totalmente diferente y por lo tanto no tener la misma responsabilidad al tratamiento entre los 18 y 42 meses.

La última conclusión a la que quiero llegar se dirige nuevamente a la modalidad de intervención. De acuerdo a la cuarta conclusión el método más efectivo para atender a las necesidades del niño es la intervención multifactorial (nutrición, educación y atención médica) utilizando un centro de cuidado diurno y la participación materna en la implementación y conducción del programa. La primera parte de esta conclusión tentativa está fundamentada en los resultados del trabajo de McKay y colaboradores y al mismo tiempo en el hecho de que el centro de cuidado diurno hace de los niños una población "cautiva" que permite una supervisión estricta sobre la ingestión y la salud de los participantes. Por otro lado la participación de la madre está fundamentada en la información que tenemos indicando que las madres son receptivas a la educación en el cuidado de los niños y al desarrollo de hábitos que promuevan el funcionamiento intelectual y crecimiento físico de los hijos. De acuerdo a ellos se puede esperar que su participación en los pro-

gramas puede ser una experiencia educativa que ellas utilizarán para generalizar la intervención a la casa.

3. Comentarios sobre la filosofía social implícita en los estudios experimentales y programas pilotos:

Le debe ya ser claro al lector que si un gobierno interesado ampliara la cobertura de uno de los programas que he revisado para atender a las necesidades de la niñez de un sector de la población nacional, estaría adoptando una política social definida. Esta presunción está basada, primero, en la naturaleza de los programas mismos y, segundo, en cómo se define una política social. Con un propósito ilustrativo que sirve los objetivos de este análisis podemos adoptar una definición reciente de McKinlay<sup>20</sup>. El propone que una política social "es una ideología subyacente y una acción dirigida adoptada por un gobierno, que es ostensiblemente a favor del público con el propósito de modificar favorablemente la salud y el bienestar de los ciudadanos a través de servicios o ingresos económicos." (Texto original en inglés).

Omitiendo la referencia a una "ideología subyacente" que discuto ampliamente abajo, podemos aceptar que un programa de intervención nacional o regional del tipo que hemos visto satisface todos los elementos de la definición dada. El factor dinámico o de acción, a través de un servicio, dirigido a la satisfacción de necesidades básicas es claro. Esto, si es efectivo, implica entonces la modificación favorable del estado de nutrición, y de la salud física y mental de los niños en absoluta pobreza.

La "ideología subyacente" o la filosofía social de los programas en cuestión no queda completamente clara al sólo revisar el funcionamiento de

éstos. Por ello quisiera ahondar en este tema discutiendo tanto los aspectos explícitos como implícitos que me parecen importantes. Comencemos por el hecho, que se desprende de arriba, de que la mayoría de los programas podrían definirse como estrategias de desarrollo socio-económico para atender a las necesidades básicas de un sector de la población<sup>3,21,22</sup>.

Ello es particularmente cierto si su implementación estuviera selectivamente orientada hacia los niños más pobres, y la intervención fuera multifactorial (e.g. alimentación, educación y atención médica). Además, al estar específicamente orientada a los niños pre-escolares que son inactivos económicamente, representaría una política redistributiva clara utilizando recursos que, en otras circunstancias, podrían haber sido invertidos para el incremento del capital nacional.

Este tipo de programas de intervención focaliza, además, en aquellas necesidades actualmente reconocidas como fundamentales de ser atendidas para permitir un crecimiento físico y desarrollo psicosocial normal<sup>23</sup>. Dicho reconocimiento, proviene de datos experimentales y teorías psicobiológicas aceptadas. Por eso estos programas pueden tener un atractivo especial para los gobiernos pues aparentemente su base es científica. Además, de esta base científica se puede derivar también el argumento de que este tipo de intervención probablemente da las oportunidades o condiciones necesarias para que los niños optimicen su desarrollo físico, psicológico y social. Este es precisamente uno de los objetivos centrales de la estrategia de la satisfacción de necesidades básicas para el desarrollo<sup>22</sup>.

Pero aquí se debe notar que la focalización exclusiva en las necesida-

des del niño y en el tratamiento directo de ellas representa implícitamente, a nivel operacional, la simplificación de un problema social y económico altamente complejo. Este tipo de intervención -- en la manera como está planteada en los programas en cuestión -- es un afronte eminentemente reduccionista. Al atender solamente al tratamiento de necesidades, agudizadas debido al contexto en que se dan, pierde de vista los determinantes de esas necesidades. Este afronte parece desprenderse del modelo médico de casualidad y tratamiento, bien representado en la llamada teoría de gérmenes de las enfermedades<sup>24-26</sup>. Ella predica, de manera general, que toda enfermedad tiene un agente etiológico, y que todo agente resulta en una enfermedad específica. Si bien ella ha llevado a algunos éxitos médicos (e.g. antibióticos) hoy se acepta como inapropiado para combatir o prevenir la mayoría de las enfermedades más prevalentes tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. Existe y ha existido una asociación muy leve, a nivel de población, entre la disponibilidad de servicios médicos convencionales y las medidas de salud tradicionales<sup>20,25,29</sup>. El sistema más promisorio está en el manejo apropiado de variables socio-ambientales para la prevención de las enfermedades.

La condición del niño pobre y desnutrido no está determinada por un agente, o antecedente inmediato. A su vez no puede ser explicada por análisis multifactoriales de su ambiente socio-familiar. Esa condición está casualmente atada a la organización y dinámica social y económica de la sociedad en que el niño vive. Más específicamente la desnutrición y la pobreza depende de un orden político y económico establecido que determina un patrón de distribución de los recursos<sup>27,28</sup>. Además, esa condición del

niño no es el único producto de esa organización y dinámica social; está también determina otra serie de circunstancias familiares y comunitarias adversas, las cuales a su vez afectan al niño.

El planteamiento expuesto sugiere que los programas dirigidos a la niñez temprana tienen que ser concebidos e implementados dentro de un marco de intervención mucho más amplio que el que se ve en los estudios experimentales y programas pilotos revisados. Ese marco tiene que incluir como objetivo último la prevención de la pobreza. De otra manera los efectos terapéuticos a largo plazo de los programas en cuestión serán mínimos para los participantes, e inexistentes para los no-participantes. Los programas llegarán a ser efectivos en función de las mejoras que se hagan en todos los frentes de la población empobrecida.

Si no existe un margo general de ataque a la pobreza, y éste se limita a una intervención en pro de los pre-escolares con el objetivo de que éstos optimicen su funcionamiento mental y social, entonces se puede pensar que la "ideología subyacente" de la política social está básicamente orientada a los intereses económicos de los que ya tienen este poder. Esta inferencia es justificable porque se estaría restringiendo la intervención a elevar la capacidad de los niños para que sean eventualmente económicamente productivos sin modificar substancialmente la organización social y el orden económico. La asignación de recursos para este fin representaría una inversión a largo plazo para la expansión del capital<sup>29</sup>.

Esta posibilidad puede parecerle remota a los que trabajan generosamente con los niños buscando justicia social. Sin embargo, tenemos que aceptarla como tal, sobre todo si analizamos la historia de algunos de los programas

de salud pública y sus objetivos en los Estados Unidos y en ciertos países en vías de desarrollo. Me estoy refiriendo específicamente a un análisis político-histórico publicado recientemente sobre los programas de la Fundación Rockefeller<sup>30</sup>. La Comisión de Salud Internacional de esta organización hasta los años de 1930 definía la salud como la capacidad para trabajo, y medía las mejoras cualitativas de salud en función de los incrementos en la productividad. De esta base partieron los programas de la Rockefeller para combatir la anguilostomiasis (lombrices intestinales) en muchos lugares del mundo donde tenían intereses económicos. Estos estados infecciosos reducían seriamente el nivel de productividad de trabajadores del campo. Informes internos de la Fundación muestran como la eradicación de infecciones entre los trabajadores los llevaban a que fueran mucho más "felices, saludables y permanentes, produciendo más para ellos mismos así como para la compañía". Se ve entonces en estos casos como una intervención médico-social comparable en sus objetivos inmediatos a las intervenciones que estamos discutiendo tenían como propósito último el incremento del capital.

El último tema ha tratar en esta sección se desprende de comentarios ya hechos. Dentro de algunas de las intervenciones revisadas los programas psicoeducativos dirigidos a los padres y guiados por la presunción de que condiciones intrínsecas a las familias no promueven el desarrollo psicológico de los niños podría relacionarse (equivocadamente quizá) a una concepción teórica que busca las raíces de la pobreza en atributos cognitivos-culturales de los que la sufren. Este tipo de conceptualización, ilustrada especialmente por la "cultura de la pobreza" de O. Lewis<sup>31</sup>,

sugiere que los pobres mantienen una serie de atributos cognitivos y comportamientos sociales (e.g. fatalismo, falta de motivación, desorganización familiar, falta de afiliación institucional) que son un obstáculo a su desarrollo económico. Además, estos atributos y comportamientos son parte de las influencias socializadoras de los niños, de tal forma que éstos lo van incorporando dentro de sus sistemas de acción.

El objetivo de asistir a los padres para que desarrollen hábitos de crianza que estimulen, o actitudes que sean conducentes a crear una atmósfera saludable para el desarrollo, además de ser paternalista, proyecta en estos padres incapacidad selectiva. Más aún, es imposible negar la posibilidad de que la conducta de los padres tal como está dada sea adaptativa a las condiciones en que se vive o esté determinada por la dinámica de la organización social<sup>32</sup>. Esta explicación alternativa, ajena a la posición cognitivo-cultural anterior, propondría que el cambio en las circunstancias económicas de las familias pobres traería naturalmente un ambiente familiar propicio para la estimulación y desarrollo psicológico de los niños.

4. Generalización de los estudios experimentales y programas pilotos: problemas y factibilidad

Desde un punto de vista pragmático los temas a tratar en esta sección son, en comparación con aquellos ya cubiertos, quizá los más importantes para el planificador. Ellos los podemos reducir y transformar a las dos preguntas siguientes: ¿La información que tenemos sobre la efectividad general de los estudios y programas es acaso lo suficientemente convincente como para defender la implementación de éstos a nivel nacional (o regional)?



La segunda pregunta, que depende en parte de la respuesta a la primera, es: ¿Cómo transformamos los datos de estudios experimentales o programas pilotos a directivas políticas específicas?

Es claro que la primera pregunta tiene sentido si es que el gobierno en cuestión está comprometido con la idea de alocar recursos sólo cuando ciertos criterios de efectividad de programas son satisfechos. De lo contrario, y si las decisiones sobre servicios sociales están basadas en otras consideraciones (e.g. oportunismo político), la pregunta pierde sentido. De acuerdo a estas consideraciones y con el fin de completar este análisis debemos asumir aquí que la efectividad es un criterio fundamental.

En esta sección, para determinar efectividad de los programas más allá de lo que he dicho en la sección dos, y teniendo en cuenta que el objetivo ahora es la generalización de los programas, me referiré al aspecto administrativo de éstos, al costo, y a su accesibilidad a la población. En el análisis sobre efectividad administrativa podemos partir de la premisa de que si los programas demostraron un efecto benéfico sobre los participantes entonces es muy probable que su infraestructura administrativa fue eficiente. Sin embargo, si se considera la generalización de los programas que hemos revisado se debe subrayar que, salvo algunas excepciones, éstos no dirigieron sus evaluaciones a la determinación de la plasticidad y efectividad administrativa teniendo en cuenta una mayor cobertura. En realidad, se debe recordar que cuatro de los siete programas revisados estuvieron basados en una organización administrativa dirigida a una

tarea investigativa; y el resto tuvo una cobertura bastante limitada en comparación a una cobertura regional o nacional. En consecuencia no se puede inferir que la efectividad de la administración para la intervención en los estudios y programas será la misma que en intervenciones masivas. Esta posible diferencia es particularmente problemática porque una distorsión en la manera como es llevado el programa puede resultar no sólo en una pérdida de los beneficios a los participantes sino también en efectos adversos sobre los niños. Es posible, por ejemplo, que un centro de cuidado diurno se convierta en una guardería, donde hay un alto número de niños, restringiendo las actividades motoras de éstos a pequeñas cunas, y teniendo un personal muy limitado. Esta situación llevaría a los niños una situación de privación en lugar de estimulación ambiental.

El problema administrativo se acentúa al considerar la necesidad de coordinación intersectorial no sólo a nivel de los organismos o agencias gubernamentales comprometidas sino también y, fundamentalmente, a nivel del programa en el campo. Esta coordinación, inexistente en la mayoría de países, requiere romper barreras estructurales, sistemas de trabajo establecidos y coordinar personal profesional y paraprofesional que no está acostumbrado a trabajar junto. La alternativa a esta organización podría ser un alto grado de descentralización en la dirección de los programas permitiendo decisiones a nivel local<sup>33</sup>. Sin embargo, esta distribución de responsabilidades requiere de un orden administrativo altamente eficiente difícil de conceptualizar en un programa nuevo.

A esta situación se debe sumar el hecho de que casi todos los programas y estudios fueron planeados de "arriba hacia abajo". Es decir,

estos fueron conceptualizados y dirigidos sin la participación directa de miembros de la comunidad o familias presumiblemente favorecidas por la intervención. La decisión sobre cuáles y cómo eran servidas las necesidades de los niños eran básicamente impuesta sobre las familias de los participantes. Esta estrategia operativa debe ser modificada si se quiere evitar el paternalismo, y fomentar la motivación de la comunidad para optimizar el uso del programa y su impacto sobre los niños. Sin embargo, la alternativa o sea el planear de "abajo hacia arriba" requiere de un orden administrativo maleable que no se da con facilidad en la mayoría de veces en la administración pública. En este sentido se puede pensar que los administradores tendrían que adaptarse a la situación de trabajar con miembros de la comunidad que generalmente no están ubicados en roles con poderes de decisión<sup>33</sup>.

El tema del costo de los programas no puede ser tratado ampliamente debido a las limitaciones propias de las medidas de beneficio que han sido reportadas, y por las diferencias metodológicas entre estudios y programas. Además, no existen datos comparativos de los gastos en la implementación de las intervenciones. Lo que se puede hacer es focalizar selectivamente en un aspecto importante del costo y el beneficio del programa al considerar la plasticidad del desarrollo del niño frente a las influencias ambientales tal como ya lo he discutido. Aquí específicamente me refiero al hecho de que la plasticidad en el funcionamiento intelectual del niño no es unidireccional. En otros términos existen altas probabilidades de que los beneficios obtenidos en las

intervenciones en la infancia y época pre-escolar se pierdan si es que el o los ambientes a los cuales está expuesto el niño después del término de la intervención no mantienen el nivel operativo establecido por ésta. Por ello en estos casos la utilización de escasos recursos puede llegar a ser inútil si a largo plazo el nivel de funcionamiento del niño llegara a ser el mismo con o sin el haber estado expuesto a un programa de intervención.

La participación de personas de la comunidad como personal auxiliar, o inclusive central, en los programas de intervención es una medida que puede contribuir a disminuir el costo de los programas. Además, dicha participación puede aumentar la motivación de la comunidad y podría llegar a ser una forma importante en cómo ésta contribuye a la implementación del programa. Sin embargo, para que esta contribución sea efectiva se necesita que el personal seleccionado de la comunidad (e.g. madres, o adolescentes con educación primaria) pase por un programa intensivo de entrenamiento y se eduque en la filosofía y objetivos de éste. Este entrenamiento podría muchas veces requerir varios meses y dificultar la implementación inmediata de la intervención. Es factible que una focalización restringida a mantener bajos costos lleve a la incorporación de personal que no pueda cumplir con los propósitos operacionales del programa.

El tercer componente de efectividad al cual quiero referirme es al que los programas pueden estar al acceso de todos los que lo necesitan. Si la intervención trae resultados beneficiosos para los participantes y es de bajo costo, pero está sólo al servicio de un sector muy pequeño de la po-

blación entonces ésta no puede ser considerada como una política social efectiva. La accesibilidad además, es un componente importante del costo no sólo por el factor cobertura, sino también por las dificultades asociadas al proveer el servicio a poblaciones geográficamente aisladas.

En Sud América ya hay ejemplos de cómo nuevos programas gubernamentales dirigidos a la niñez (especialmente en condiciones de pobreza) no han llegado a servir a los niños que más lo necesitaban tanto por su estado de extrema privación como por su difícil ubicación geográfica<sup>34</sup>. La atención tiende a restringirse a grupos pobres que ya han desarrollado cierta estabilidad y recursos sociales que les dan el potencial para salir de su condición de privación económica.

El acceso general a programas nacionales probablemente dependa de buena documentación para identificar a aquellos sectores de la población que más necesiten de los servicios, y de una comunicación efectiva con los beneficiarios potenciales para que éstos participen activamente en la conceptualización e implementación del programa. Para los propósitos de la documentación será también necesario el trabajo intersectorial al cual ya me he referido, ya que el diagnóstico de los sectores de la población con mayores necesidades tendrá que ser multifactorial.

Es necesario que gobiernos interesados comiencen a construir índices de condiciones de vida de los niños agregando estadísticamente datos de nutrición y salud, educación y características demográficas. El propósito es tener una visión ajustada a la realidad de las necesidades (y sus interacciones) físicas y mentales de desarrollo del sector más joven de la

población. La evaluación independiente de necesidades por sectores es artificial; ella obedece a condiciones impuestas por la administración pública y no por las características propias de cómo crece un niño.

## CONCLUSIONES

Hace diez o quince años los estudios experimentales y los programas pilotos que he revisado en este trabajo no existían. En realidad a mediados del decenio del 60 los conocimientos que se tenía sobre los beneficios de programas de intervención nutricional, o de apoyo educacional a los padres, o de un centro de cuidado diurno eran muy limitados. Hoy, por el contrario, pese a que todavía hay muchas preguntas por resolver, tenemos un cuerpo de datos considerables que apuntan en claras direcciones.

De la misma manera hace diez o quince años también había muy pocos gobiernos en América Latina que consideraban la necesidad de una política social específicamente dirigida a la niñez. En muchos países hubiera sido posible que, en esa época, la búsqueda por algún político interesado de alocar recursos disponibles al pre-escolar hubiera sólo encontrado indiferencia o rechazo condescendiente. Hoy, encontramos que ya varios gobiernos en el Continente tienen programas de esta naturaleza, y otros lo están considerando como factible para el futuro inmediato.

Estos cambios, el incremento en nuestros conocimientos y la nueva política social de algunos gobiernos, representan fuerzas positivas a favor de la niñez en la pobreza. En cierta medida no importa cuáles son los factores histórico políticos determinantes de estos cambios, el hecho claro es que ahora sabemos y podemos hacer más.

Pero este cuadro que muestra una imagen más clara de lo que se puede hacer no da las bases para inferir que estos programas representan condiciones suficientes para resolver el problema del niño desnutrido que ha nacido en una familia grande con recursos escasamente suficientes para

atender a las necesidades básicas de sus integrantes. A ese niño en Lima, Bogotá, Caracas, ciudad de Guatemala o algún otro lugar en el Continente, con un futuro oscuro y triste, no le va a cambiar el curso de su vida un programa que ofrece 1500 calorías diarias, o da oportunidades selectivas de aprendizaje y control médico. Su vida está íntimamente ligada y es estrechamente dependiente de una familia, de una comunidad, de una organización social caracterizada por la pobreza, las cuales a su vez están determinadas por una estructura y un orden social y económico.

Ha sido una premisa fundamental de este trabajo el que estos programas no son instrumentos suficientes de cambio. Es indispensable que a ellos se les incorpore dentro de una política social amplia enfocada a modificar los muchos frentes que tiene la pobreza dentro de la cual vive el niño. Es más, lo que conocemos sobre la efectividad de estos programas se limita a condiciones muy particulares, y se restringe al aspecto de su impacto benéfico en el niño. Es fundamental conocer cómo se pueden administrar estos programas con una cobertura nacional o regional, cuáles son sus costos y cómo pueden ser implementados para que todos los que los necesiten tengan acceso a ellos. La dificultad de la tarea parece disminuir si pensamos en lo hermoso que puede ser el final.



REFERENCIAS

1. Galofre, F. Pobreza y los primeros años de la niñez. Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina. e/CEPAL/Proy. 1/19. Santiago, Chile, 1979.
2. Pollitt, E. Desnutrición, pobreza e inteligencia. Retablos de papel, Ediciones, Ministerio de Educación, Lima, Perú, 1974.
3. Chai, D.P., Kahn, A.R., Lee, E.L.H. y Alfthan, T. The basic-needs approach to development. Some issues regarding concepts and methodology. International Labour Office, Geneva, Switzerland, 1977.
4. Mora, J.O., de Paredes, B., Wagner, M. y col. Nutritional supplementation and the outcome of pregnancy. I. Birth weight. American Journal of Clinical Nutrition, 32: 455, 1979.
5. McKay, H., Sinisterra, L., McKay, A., Gómez, H. y Lloreda, P. Cognitive growth in Colombian malnourished preschoolers. Science, 200: 270, 1978.
6. Klein, R.E., Arenales, P., Delgado, H. y col. Efectos de la nutrición materna sobre el crecimiento fetal y el desarrollo del niño. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 83: 24, 1977.
7. Chávez, A., Martínez, C and Vaschine, T. The importance of nutrition and social development. En Cravioto, J., Ambrews, L. y Vahlquist, B. (Eds) Early nutrition and mental development. Uppsala, 1974. p. 211.
8. Montenegro, H., Rodríguez, S., Lira, M., Haeussler, I. y Bralic, S., Programa piloto de estimulación precoz para niños de nivel socio-económico bajo entre 0 y 2 años: informe final. Servicio Nacional de Salud Santiago, Chile, 1977.
9. Filp, J., Balmaceda, C., Bastiaas, y col. El proyecto padres e hijos: educación familiar para el desarrollo del niño pre-escolar. En Seminario Internacional sobre estimulación psico-social precoz del lactante y pre-escolar. Santiago, Chile, 1977.
10. CEDEN/FEPEC. Desarrollo infantil y educación no formal: diseño y progreso de un estudio piloto. Bogotá, Colombia, 1977.
11. Bralic, S., Haeussler, I.M., Lira, M.I., Montenegro, H. y Rodríguez, S. Estimulación temprana. Importancia del ambiente para el desarrollo. UNICEF, Santiago, Chile, 1978.

12. Whelan, G., Filp, J., Martinic, S., y col. Un programa de educación familiar y comunitaria para el desarrollo del niño rural en Chile. Educación Hoy, 7: 19, 1977.
13. Toro, J.B., Alvarez, F., Rodríguez, M. y Aristizabal, H. El desarrollo del niño a través de la familia y la comunidad. Educación Hoy, 7: 87, 1977.
14. Maurás, M., Filp, J., Latorre, C.L. La atención al pre-escolar en América Latina y el Caribe. Trabajo presentado en las sesiones de la Junta Ejecutiva de UNICEF, Mayo, 1979, Santiago, Chile.
15. High Scope Educational Research Foundation. Preschool education in Latin America - A survey report from the Andean Region - Vol. I. Summary Report. Ipsilanti, Michigan, U.S.A., 1978.
16. Pollitt, E. Early childhood intervention programs in Latin America. A selective review. Report presented to the Ford Foundation, New York, 1978. Este informe será publicado por Praeger Press con el título de Nutrition and Mental Development: Early Childhood Intervention Programs in Latin America. (1980).
17. El Volumen 7 de la Revista Education Hoy, Bogotá, Colombia está dedicado a artículos sobre programas de intervención temprana en América Latina.
18. Lechtig, A., Habicht, J.P., Delgado, R.E. y col. Effect of food supplementation during pregnancy on birth weight. Pediatrics: 56: 508, 1975.
19. Muchas de las conclusiones incluídas en esta sección no son mías, y pueden ser encontradas explícita o implícitamente en muchos de los trabajos de los estudios experimentales o programas pilotos.
20. McKinlay, J.B. Epidemiological and political determinants of social policies regarding the public health. Social science and medicine, 13A: 541, 1979.
21. Streeten, P. The distinctive features of a basic needs approach to development. International Development Review, 19: 8, 1977.
22. Lisk, F. Conventional development strategies and basic-needs fulfillment. A reassessment of objectives and policies. International Labour Review, 115: 175, 1977.
23. Ver por ejemplo capítulos 3, 2 y 3 de Bralic, 5 y col., op. cit. (Ref. 11), o capítulos 1-4 en Pollitt, E. (Ref. 16).
24. Engel, G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 1976: 129, 1977.

25. Stallones, R.A. Environment, ecology and epidemiology. World Health Organization Chronicle, 26: 294, 1972.  
Ver también, Stallone, R.A. The epidemiologist as environmentalist. International Journal of Health Services, 3:29, 1973.
26. Cassel, J. Social science theory as a source of hypotheses in epidemiological research. American Journal of Public Health, 54: 1482, 1964.
27. Reutlinzer, S. and Selowski, M. Malnutrition and poverty: magnitude and policy options. John Hopkins Press, 1976.
28. Valverde, V., Martorrel, R., Mejía-Pivaral, R. y col. Relationship between family land availability and nutritional status. Ecology of Food and Nutrition, 6: 1, 1977.
29. Kelman, S. The social nature of the definition problem in Health. International Journal of Health Services, 5: 625, 1975.
30. Brown, R. Public Health in imperialism: Early Rockefeller programs at home and abroad. American Journal of Public Health, 66: 897, 1976.
31. Lewis, O. The culture of poverty. Scientific American, 215: 19, 1966.
32. Schwartz, N.B. Community development and cultural change in Latin America. Annual Review of Anthropology, 7: 235, 1978.
33. Soedjatmoko. The child in development planning. Papel presentado en la 24 reunión del Comité Nacional de UNICEF, Bruselas, Bélgica, Abril, 1978.
34. Ver Pollitt, E. op cit. (Ref. No. 16), especialmente capítulo 7, 8 y 9. En este informe se discute cómo el componente pre-escolar de la reforma educacional en el Perú, y el programa de CAIPs en Colombia no llegarealmente a servir a los niños que probablemente más necesitan de estos programas.