



# ILPES

INSTITUTO LATINOAMERICANO  
DE PLANIFICACION  
ECONOMICA Y SOCIAL

## PROGRAMA DE CAPACITACION

Documento CPS-32

RECUPERACION DE DESNUTRIDOS GRAVES ★/

J.A. Ruimalló

★/ El presente documento se reproduce para uso exclusivo de los participantes de los cursos del Programa de Capacitación.

81-4-829



## RECUPERACION DE DESNUTRIDOS GRAVES

J.A. Riumalló

CONIN - INTA

### LA CORPORACION PARA LA NUTRICION INFANTIL

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

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

Durante los últimos años Chile ha realizado grandes progresos en reducir la desnutrición y la tasa de mortalidad en la población escolar. En la década del 50 la tasa de desnutrición era de un 65% y la mortalidad infantil de sobre 100%. Al año 1975, cuando inició sus actividades CONIN, la tasa global de desnutrición en la población preescolar era de 15.5% y la mortalidad infantil de 55%. Este rápido descenso, que continúa hasta el día de hoy puede ser explicado en parte importante por el desarrollo de programas nacionales de salud y nutrición realizados por el SNS, el que cubre todo el país

a través de una infraestructura dada por cerca de 400 hospitales y casi 1.600 consultorios externos y postas de salud. Sobre el 80% del total de la población preescolar del país, se encuentra bajo control en el SNS. Sobre un total de más de un millón de niños bajo control por el SNS en 1975, un 12% presentaban desnutrición leve, un 2,2% desnutrición de segundo grado y un 0.7% desnutrición de tipo grave. En cifras absolutas esto significaba la existencia de un total aproximado de 160.000 preescolares con algún grado de desnutrición entre los cuales 28.000 presentaban desnutrición de segundo grado y alrededor de 8.000 presentaban desnutrición severa. Aproximadamente el 50% de los casos de desnutrición de 2° grado y la mayoría de los casos de desnutrición de 3er. grado, eran lactantes y ellos representaban la población objetivo de CONIN. Características propias de la desnutrición severa en el lactante hacen poco probable que se puede obtener una recuperación integral de estos niños a través de su tratamiento en Hospitales Pediátricos o que ellos puedan beneficiarse efectivamente en alguna forma de otra intervención orientada a la prevención o curación de formas menos graves de desnutrición.

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

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

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

#### Características de las familias atendidas por CONIN.

La gran mayoría de los desnutridos graves, pertenecen a los sectores más deprivados de nuestra sociedad. Derivan de familias y comunidades marginadas económica, social y culturalmente del proceso de desarrollo y en las cuales se presentan las características que se describen a continuación:

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

Según estudio de 752 casos de familias atendidas por CONIN en Santiago y provincias en 1977, sólo un 21% de los padres tenía trabajo en las áreas de construcción, industria, Fuerzas Armadas, Sector Público, etc. el 79% de los padres estaban cesantes o tenían trabajos ocasionales o transitorios como el Empleo

Mínimo. Estos datos indican la precaridad del mercado de trabajo en que se mueven los padres de los menores desnutridos. Esta situación está estrechamente ligada a su nivel de escolaridad; en el 63% de los casos estudiados los padres eran analfabetos o tenían educación básica incompleta, por lo que quedan generalmente fuera de la selección para un trabajo mejor remunerado. La escasez de oferta de trabajo que existe actualmente genera una selección en base a mayor nivel de escolaridad y/o calificación laboral de los demandantes o cesantes.

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

En la distribución de los ingresos de la familia, se constata que entre el 80 y 90% se destina a alimentación. El ingreso restante se distribuye en combustible, movilización y otros. Esto se manifiesta en una falta permanente de dinero efectivo, lo que condiciona una lucha constante por sobrevivir. El ingreso promedio fluctúa alrededor de US\$ 40 mensuales.

Las familias atendidas por CONIN, en su gran mayoría no tienen acceso a la adquisición de una vivienda a través de los mecanismos

mos institucionales, ya que estos suponen una capacidad de ahorro que éstas no tienen.

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

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

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

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

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

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

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

#### Principales problemas que afectan a las familias de los desnutridos.

El estudio socio-económico de 286 familias de menores internados en los Centros del Area Metropolitana, en Diciembre de 1978, proporcionó un listado de problemas que fueron jerarquizados de acuerdo a los criterios de magnitud, urgencia y

factibilidad. El resultado de esta jerarquización revela que los problemas más significativos en estas familias son: trabajo, vivienda, educación, salud y factores socio-culturales, lo que confirma el diagnóstico general esbozado anteriormente.

### Trabajo e Ingreso

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

SITUACION LABORAL DE LOS PADRES DE LOS MENORES  
DESNUTRIDOS DE CONIN - DICIEMBRE 1978  
(Datos de 6 Centros del Area Metropolitana)

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

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

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

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

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

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

Vivienda.

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

SITUACION HABITACIONAL DE LAS FAMILIAS DE LOS  
MENORES DESNUTRIDOS DE CONIN - DICIEMBRE 1978  
(Datos de los Centros Macul, Renca, Vergara y P. de Valdivia)

Situación habitacional	N° familias no allegadas		N° familias en situación de allegados		T o t a l	
	N°	%	N°	%	N°	%
Campamento con media agua o mejora	64	55.7	51	44.3	115	63.2
Población estable con vivienda sólida, mixta o madera.	43	64.2	24	35.8	67	36.8
T O T A L	107	58.8	75	41.2	182	100.0

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

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

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

Educación.

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

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LOS MENORES DESNUTRIDOS DE CONIN  
EN AREA METROPOLITANA - DICIEMBRE 1978

(Datos de 6 Centros del Area Metropolitana)

CATEGORIA	Padres		Madres	
	N°	%	N°	%
Con cursos de enseñanza media	36	17.91	28	10.33
Educación básica completa	18	8.96	25	9.23
Lee y escribe con educación básica incompleta.	123	61.19	164	60.52
Analfabetos	24	11.94	54	19.92
Sin datos	15	-	15	-
Sub - Total	216	100.00	286	100.0
T O T A L	502			

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

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

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

#### Salud.

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

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

Con menor incidencia tenemos otros problemas de salud mental, que en la mayoría de los casos no son diagnosticados ni tratados.

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

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

Habitualmente el lactante con desnutrición grave ingresa al Hospital a raíz de un episodio infeccioso agudo. Dentro de este medio la recuperación es lenta y generalmente sólo parcial en lo que respecta a su estado nutricional. A menudo con trae dentro del hospital nuevas infecciones intercurrentes y estas o la que motivaron su ingreso resultan en una alta mortalidad; uno de cada tres desnutridos graves que ingresan al hospital fallecen. Los que son dados de alta después de solucionar su problema agudo (pero en general sólo parcialmente

recuperados nutricionalmente) regresan a su hogar donde encuentran exactamente las mismas condiciones que motivaron su problema y no tardan en requerir de nuevas hospitalizaciones.

En un total de aproximadamente 100 niños tratados por CONIN en el Area Metropolitana y que ingresaron a los Centros de Recuperación con una edad promedio de 7 meses, el 38% tenía antecedentes de una hospitalización previa, el 27% al menos dos hospitalizaciones previas y el 18% tres hospitalizaciones previas.

Estudios realizados en el Area Metropolitana señalan que aquellos desnutridos en 3er. grado que sobreviven hasta el año han tenido un promedio de 2.8 hospitalizaciones y una estancia hospitalaria de alrededor de 150 días. Aparte de la clara ineficiencia de este sistema de tratamiento, en cuanto a éxitos terapéuticos se refiere, es obvio que el tratamiento de estos desnutridos graves en recintos hospitalarios representa una sobrecarga económica y asistencial de grandes proporciones. El costo total de atención de estos desnutridos graves en hospitales del SNS podría aproximarse a US\$ 10.000.000.- al año y se estima que su atención coparía alrededor de un 25 a 28% de la total disponibilidad de camas para lactantes.

#### Una solución alternativa.

El Programa de Centros Cerrados de Recuperación Nutricional presenta una solución alternativa cuya mayor efectividad y menores costos relativos ha sido establecido a nivel piloto

y que se encuentra en etapa de implementación a nivel nacional.

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

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

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

El tratamiento dentro del Centro fue altamente favorable en términos de recuperación nutricional y psicomotora; y también en términos de mortalidad (0% en Centro y 29% en hospital) y de morbilidad intercurrente de tipo infeccioso (0.3 episodios/niño en el Centro y 4.5 en el Hospital). Los niveles de recuperación obtenidos en los niños tratados en el Centro se mantuvieron después de un período de observación de 7 meses y los costos del sistema Centro eran muy inferiores al costo del tratamiento hospitalario. Comprobada eficacia y eficiencia del sistema, la Corporación para la Nutrición Infantil inició la tarea de implantar este Plan Piloto a nivel nacional y surgió el Programa de Centros Cerrados de Recuperación.

#### Metodología.

La metodología de trabajo de los Centros Cerrados de Recuperación Nutricional ha sido previamente presentada. Casos de desnutrición primaria en lactantes, detectados a nivel del SNS son referidos a estos Centros para ser tratados por un equipo de salud que incluye médico, nutricionista, enfermera, educadora de párvulos, asistente social, auxiliares de enfermería y nutrición y trabajadores voluntarios. La actividad de dicho equipo de salud está orientada tanto a la recuperación del niño como de su grupo familiar. Las acciones directas sobre el niño se desarrollan en un ambiente físico que tiende a protegerlo de agentes agresores externos y en particular de infecciones y que al mismo tiempo,

a través de una adecuada ambientación y ornamentación, man tiene una tónica constante de estimulación psicosensorial. En esto, los Centros son diametralmente diferentes a las salas convencionales de un hospital Pediátrico. Las accio nes directas sobre el niño incluye atención pediátrica gene ral, alimentación adecuada y estimulación psicomotora perma nente a través de actividades tanto individuales como grupa les y a través de un ambiente de cariño y afecto creado por los miembros del equipo de salud y en particular entre ellos, por las trabajadoras voluntarias.

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

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

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

Fundamentalmente en la acción sobre el grupo familiar es la educación y capacitación de los padres, a fin de entregarles elementos suficientes para permitirles un mejor y más independiente manejo frente a los principales problemas a que se ven abocados. Esta labor educativa a cargo principalmente del equipo profesional de los Centros, se realiza a través de actividades individuales como de grupo y comprende la entrega de contenidos en alimentación y nutrición infantil, saneamiento básico; estimulación psicosenso-rial precoz; planificación familiar; alcoholismo; educación sexual y utilización de los recursos de la comunidad (salud, educación, alimentación, etc.) A través de esta acción educativa se puede lograr que los padres tomen conciencia del problema que los afecta y de la participación que les cabe en su solución. Junto con la labor educativa y en acción también coordinada por las Asistentes Sociales del Centro, se orienta y guía a los padres a las búsqueda de soluciones aunque sean sólo paliativas a los problemas que los afecta, en particular problemas de vivienda, trabajo, educación y salud. Dado que la búsqueda de soluciones a este tipo de problemas excede las posibilidades de acción de CONIN, ella se realiza en coordinación con otras Instituciones y Organismos que persiguen objetivos similares y que operan tanto en el sector público como privado.

Entre otros, acuerdos de acción coordinada existen con: Servicio Nacional de SALUD (SNS), Dirección de Asistencia Social y Oficina de Emergencia; Consejo Nacional de Menores (CONAME); Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI); Diversas Orga

nizaciones de Voluntariado; Obra Filantrópica y Acción Social Adventista (OFASA); CARE; Instituto Nacional de Capacitación (CARE); Universidades, grupos religiosos, Asociación de Protección a la Familia (APROFA), etc.

Las intervenciones realizadas sobre el grupo familiar deben estar encaminadas a cumplir los objetivos básicos de crear nuevas expectativas, dignificar la condición humana, mejorar la autoestima y reestructurar el grupo familiar. Para conseguir estos objetivos es necesario excluir de estas intervenciones el sentido de paternalismo o caridad y hacer que los sujetos y autores del cambio sean precisamente los padres de los niños tratados. La tarea no es fácil y los logros no son siempre espectaculares. En alrededor de un 8% de los casos no se logra modificar la situación del grupo familiar para llevarla a un nivel que haga posible que el niño continúe un proceso de desarrollo normal después del egreso del Centro. Dichos niños se entregan en adopción o se envían a Instituciones para menores de situación irregular (Casa Nacional del Niño y Fundación Niño Chileno).

Dentro de su línea de acción social, CONIN ha realizado durante los últimos dos años programas de capacitación ocupacional que benefician no sólo a las familias de los niños atendidos en los Centros sino que a comunidades de extrema pobreza que constituyen poblaciones en alto riesgo de desarrollar desnutrición.

Estos cursos estan destinados a mejorar las posibilidades de los padres para ingresar al mercado laboral. Es así como en 1978 y 1979, alrededor de 600 madres a lo largo de Chile, recibieron capacitación como manipuladoras de alimentos y actualmente se están apoyando y orientando en la ubicación de oportunidades de trabajo. De igual manera por ejemplo, se ha iniciado la capacitación de los padres en la entrega de servicios básicos como electricidad y gasfitería y otros. En dichas actividades, CONIN ha operado en coordinación con el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE) y el Instituto Nacional de Capacitación Profesional (INACAP). La acción de capacitación de CONIN ha comprendido también cursos teóricos en alimentación, nutrición y planificación del presupuesto familiar y técnica culinaria. Estos cursos han estado dirigidos al sector de obreros industriales y sus cónyuges por considerar que en ellos existe, frente a un ingreso estable pero limitado, el riesgo de desnutrición infantil (28% de los niños que atendemos en los Centros del Area Metropolitana son hijos de obreros). Hasta el momento han participado en dichos cursos alrededor de 1.000 obreros del Area Metropolitana y sus cónyuges.

En todas estas experiencias hemos podido comprobar una gran capacidad de respuesta de los grupos a los cuales ellas estaban dirigidas. Esta capacidad de respuesta se ha evidenciado también en otras intervenciones: El Programa de Huertos y Minigranjas Familiares, realizado por CONIN.

El Proyecto de Huertos y Minigranjas Familiares se ha extendido a alrededor de 200 familias de sectores marginales urbanos y del sector rural. Las familias debidamente capacitadas pueden llegar a producir en un sitio de no más de 20 m<sup>2</sup>., alimentos que proporcionen alrededor del 30% de los requerimientos calóricos y el total de los requerimientos proteicos del grupo familiar. Todo el trabajo es hecho por la propia familia y la cantidad de alimentos producidos en un período de 10 meses es equivalente a un ingreso de más o menos US\$ 500.- lo que más que duplica el ingreso de las familias participantes. Aún de mayor interés son los resultados que este proyecto parece tener en términos de producir un cambio de actitud del grupo familiar que se traduce en iniciativas que conllevan cambios de hábitos higiénicos (autoconstrucción de letrinas sanitarias), mejoría de la vivienda y de las relaciones familiares, etc.

#### El Programa de CONIN y la participación de la Comunidad.

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

El programa cuenta con el apoyo amplio de las autoridades de gobierno porque apunta a la solución de un problema real y porque complementa los planes de salud, nutrición y acción social que él realiza. El Gobierno a través del Ministerio

del Interior, Intendencias y Municipalidades ha contribuido en forma importante a la construcción de los Centros de Recuperación Nutricional y/o a la adaptación de edificios pre-existentes para tal objeto.

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

Quizás uno de los aspectos más destacados del Programa de CONIN ha sido la participación de las Comunidades Locales en el desarrollo de los diferentes Centros. Ello se ha reflejado en una importante contribución financiera al mismo y aún mejor, en la organización de grupos de Comunidad que apoyan el desarrollo y operación de los Centros dedicando a ello gran cantidad de tiempo y trabajo en forma totalmente gratuita. La necesidad de tratar el urgente y dramático problema de la desnutrición grave es claramente sentida por muchas comunidades y de hecho, algunos ya tenían Centros de Recuperación Nutricional en operación, antes de la llegada del Programa de CONIN.

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

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

Durante la etapa de operación de los Centros el aporte de la Comunidad bajo la forma de trabajo voluntario es también extraordinariamente valiosa. Alrededor de 2.000 voluntarias trabajan actualmente en los 28 Centros de CONIN. Dentro de los Centros el rol fundamental de las voluntarias es el de proporcionar a los niños el afecto y cariño que son tan esenciales para su recuperación y el extender las labores del equipo profesional y técnico siguiendo las instrucciones recibidas por los diferentes miembros de dicho equipo y bajo la supervisión de ellos.

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

En comunidades rurales, el voluntariado de terreno asume la responsabilidad de detectar y referir al Centro los casos de desnutrición severa y de realizar el control de los niños

egresados del Centro, así como también el realizar una labor educativa hacia la comunidad que por su lejanía del Centro Nutricional no pueden ser alcanzados regularmente por el equipo profesional del Centro.

La juventud también se ha incorporado a nuestro Programa y voluntariado juvenil da atención a los numerosos niños de nuestros Centros durante los fines de semana y días festivos. Estos voluntarios de ambos sexos, se reclutan de entre los alumnos de últimos años de enseñanza media.

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

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

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

#### Evolución, Estado actual y resultados obtenidos.

Finalizado el Proyecto Piloto hacia fines de 1976, el Programa pasó a implementarse a nivel nacional y se extendió a una extraordinaria velocidad. Es así como de un total de 110 camas y tres Centros en funcionamiento a comienzos de 1977, a fines del primer semestre del mismo año se disponía de 300 camas y un total de 10 Centros funcionando en diferentes regiones del país. Hacia fines de 1977 se disponía de 15 Centros con una capacidad total instalada de 670 camas y actualmente se cuenta con 28 Centros y una capacidad total instalada de 1.200 camas.

Entre enero de 1978 y septiembre de 1980 han ingresado a los Centros un total de 6.128 niños y han egresado un total de 5.369. Sobre el total de egresos, 4.457 (83%) lo han hecho totalmente recuperados; 291 (5%) han sido dados de alta con diagnóstico de desnutrición secundaria; 373 (7%) han sido retirados de los Centros por los padres antes de completar el tratamiento y 59 (1%) han sido dados de alta por haber completado un período máximo de estadía en los Centros

(180 días) aún sin haberse recuperado completamente en su estado nutricional. Sólo 189 niños (4%) han fallecido durante el tratamiento.

En términos de recuperación nutricional los resultados obtenidos van mucho más allá de lo que podría esperarse para la gravedad de los casos que se tratan en los Centros. Si se excluye del total de egresos aquellos casos que corresponden a desnutrición secundaria y aquellos que son retirados prematuramente por sus padres, el porcentaje de recuperación es de un 95%. Con respecto a la mortalidad observada en el tratamiento entregado en los Centros, ella ha sido de tan sólo un 4% de los egresos y sólo de un 3% sobre el total de niños que han ingresado hasta ahora a los Centros. Dicha mortalidad es 10 veces menor que la observada con tratamiento tradicional en Hospitales Pediátricos. Desde el punto de vista de su desarrollo psicomotor, la generalidad de los niños muestran avances significativos durante su estadía en los Centros y este progreso continúa posteriormente en su hogar. Este hecho más el que sólo un 3% de los niños egresados recuperados requieren reingreso a los Centros por haber recaído en formas severas de desnutrición, mientras que en la inmensa mayoría de los casos continúan un crecimiento y desarrollo normal después del alta, indican claramente la efectividad del trabajo que se realiza con el grupo familiar de estos niños a pesar de las limitaciones de recursos existentes.

Esta impresión es confirmada por un estudio de 200 casos de egresos recuperados de dos Centros del Area Metropolitana y de un Centro de provincia, que cubre una extensa área rural (Rancagua). El 78% de los niños egresados de dicho Centro se encontraban cumpliendo su programa de control y entre ellos, el 82% de los casos mantenía su estado nutritivo normal, sufriendo el resto, sólo leves grados de deterioro.

ANEXO ESTADISTICO

Cuadro 1

TAMANO DEL GRUPO FAMILIAR

N = 544

$\bar{X}$  = 7.1 PERSONAS

<u>No PERSONAS</u>	<u>No FAMILIAS</u>	<u>%</u>
2 - 4	128	23.5
5 - 7	205	37.7
8 - 10	127	23.3
10	84	15.4

Cuadro 2

ESTADO CIVIL DE LA MADRE

N = 538

CASADA	290	54%
SOLTERA	223	41%
OTRO	25	5%

Cuadro 3

EDAD DE LA MADRE

N = 552

$\bar{X}$  = 25.7 AÑOS

	<u>NUMERO</u>	<u>%</u>
MENOR 21 AÑOS	129	24
21 - 25 AÑOS	183	33
26 - 35 AÑOS	183	33
MAYOR 35 AÑOS	57	10

Cuadro 4

ESCOLARIDAD DE LA MADRE

N = 512

ANALFABETA	81	16 %
BASICA INCOMPLETA	292	57 %
BASICA COMPLETA	73	14 %
MEDIA INCOMPLETA	58	11 %
MEDIA COMPLETA	8	2 %

Cuadro 5

TIEMPO DE AMAMANTAMIENTO

N = 552

MENOR 1 MES	269	49 %
1 - 3 MESES	215	39 %
3 - 6 MESES	45	8 %
MAYOR 6 MESES	23	4 %

Cuadro 6

EDAD DEL PADRE

N = 414

MENOR 20 AÑOS	32	8 %
21 - 30 AÑOS	230	55 %
31 - 40 AÑOS	96	23 %
MAYOR 40 AÑOS	56	13 %

Cuadro 7

ESCOLARIDAD DEL PADRE

N = 390

ANALFABETO	43	11 %
BASICA INCOMPLETA	235	60 %
BASICA COMPLETA	59	15 %
MEDIA INCOMPLETA	44	11 %
MEDIA COMPLETA	9	2 %

Cuadro 8

SITUACION LABORAL DE LOS PADRES DE LOS  
MENORES DESNUTRIDOS DE CONIN - DICIEMBRE 1978

(DATOS DE 6 CENTROS DEL AREA METROPOLITANA)

<u>PADRES</u>	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
CON TRABAJO ESTABLE Y CON PREVISION	50	28.0
CON TRABAJO ESTABLE Y SIN PREVISION	17	9.5
TRABAJO OCASIONAL	57	31.8
TRABAJO POR CUENTA PROPIA Y SIN PREVISION.	30	16.8
TRABAJO PEM	11	6.1
CESANTE ABSOLUTO	14	7.8
<hr/>		
SUB - TOTAL	179	100.0
<hr/>		

Cuadro 9

SITUACION HABITACIONAL DE LAS FAMILIAS DE LOS  
MENORES DESNUTRIDOS DE CONIN - DICIEMBRE DE 1978

(DATOS DE LOS CENTROS MACUL, RENCA, VERGARA Y P. DE VALDIVIA)

SITUACIÓN HABITACIONAL	No FAMILIAS NO ALLEGA- DAS		No FAMILIAS EN SITUACIÓN DE ALLEGADOS		T O T A L	
	No	%	No	%	No	%
CAMPAMENTO CON MEDIA AGUA O MEJORA	64	55.7	51	44.3	115	63.2
POBLACIÓN ESTABLE CON VIVIENDA SÓLIDA, MIX- TA O MADERA	43	64.2	24	35.8	67	36.8
T O T A L	107	58.8	75	41.2	182	100.0

Cuadro 10

POBLACION TOTAL INGRESOS A CENTROS DE  
CONIN

ENERO 1978 - SEPTIEMBRE 1980

N = 6.128

EDAD DE INGRESO	:	8.7 ± 5.1 MESES
MENORES DE 6 MESES	:	2.222 (36%)
6 A 11 MESES	:	2.474 (40%)
MAYORES 12 MESES	:	1.432 (24%)

GRADO DE DESNUTRICION:

D3 MENORES DE 12 MESES	:	2.775 (45%)
D3 MAYORES DE 12 MESES	:	654 (11%)
D2 MENORES DE 6 MESES	:	776 (13%)
D2 DE 6 A 11 MESES	:	1.115 (18%)
D2 MAYORES DE 12 MESES	:	808 (13%)
TOTAL D3	:	3.429 (56%)
D3 + D2 MENORES DE 6 MESES	:	4.205 (69%)
D3 + D2 MENORES DE 12 MESES	:	4.879 (80%)

Cuadro 11

I N G R E S O S

NÚMERO TOTAL DE CASOS	:	1.827
EDAD DE INGRESO	:	8.9 ± 5 MESES
PESO DE NACIMIENTO	:	2.736 ± 598 GRS.
TALLA DE NACIMIENTO	:	47 ± 3 CMS.
PESO DE INGRESO	:	5.227 ± 1.518 GRS.
TALLA DE INGRESO	:	62 ± 7 CM.
CIRCUNFERENCIA CRANEANA DE INGRESO (CC)	:	41 ± 3 CM.
COEFICIENTE DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE INGRESO (CDSM)	:	64 ± 18
DÉFICIT DE PESO PARA LA EDAD	:	36 ± 9%
DÉFICIT DE TALLA PARA LA EDAD	:	10.4 ± 4.5%
DÉFICIT DE PESO PARA LA TALLA	:	16.1 ± 7.8%
DÉFICIT DE C.C. PARA LA EDAD	:	7.0 ± 4.0%

	<u>E.S.</u> (MESES)	<u>INCREMENTO</u>	<u>DESV.</u>
PESO	2.6 (30% E.C.)	45%	↓ 3 D.S.
TALLA	4.3 (50% E.C.)	68%	3 D.S.
C.C.	4.2 (50% E.C.)	64%	2 - 3 D.S.

P/T = 84%

## Cuadro 12

## DEFICIT NUTRICIONAL SEGUN ESTADIA

## MUESTRA TOTAL

ESTADIA	N	DEFICIT PESO	DEF. PESO/TALLA	DEF. TALLA	DEF. C.C.C.
0	1821	36 ± 9	16.1 ± 7.8	10.4 ± 4.5	7.0 ± 4.0
15	626	33 ± 9	13.4 ± 8.1	10.1 ± 4.3	6.6 ± 3.9
45	698	28 ± 10	8.9 ± 9.2	9.9 ± 4.1	6.0 ± 3.7
75	711	24 ± 10	6.0 ± 9.7	9.4 ± 4.2	5.4 ± 3.3
105	712	21 ± 10	3.2 ± 9.6	8.9 ± 3.8	4.6 ± 3.2
135	506	20 ± 10	3.6 ± 9.9	8.7 ± 3.8	4.7 ± 3.3
165	379	18 ± 9	2.6 ± 8.5	8.7 ± 3.8	4.5 ± 3.3

- 36 -

## RELACION ENTRE INCREMENTO PROMEDIO EN PESO, TALLA Y CIRCUNFERENCIA CRANEANA E INCREMENTOS ESPERADOS PARA EDAD CRONOLOGICA

PERIODO TRATAMIENTO (días)	INCREMENTO PESO	INCREMENTO TALLA	INCREMENTO C.C.C.
0	2.13	0.77	1.33
15	1.65	1.25	1.39
45	2.33	1.17	2.19
75	2.62	1.44	3.18
105	1.33	1.13	1.58
135	1.48	0.83	1.38

Cuadro 13

CONDICIONES DE EGRESOS NIÑOS TRATADOS EN  
CENTROS DE CONIN  
(ENERO 1978 - SEPTIEMBRE 1980 )

	<u>NÚMERO Y % DEL TOTAL</u>	<u>ESTADÍA PROME DIO (DÍAS)</u>
<u>TOTAL EGRESOS:</u>	5.369 (100%)	142
<u>EGRESOS RECUPERADOS:</u>	4.457 ( 83%)	151
EGRESOS POR DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	291 ( 5%)	124
EGRESOS SOLICITADOS	373 ( 7%)	66
EGRESOS POR FALLECIMIENTO	189 ( 4%)	51
OTRAS CAUSAS	59 ( 1%)	207

Cuadro 14

ESTADIA

<u>ESTADÍA (DÍAS)</u>	<u>1978</u>	<u>1979</u>
MENOR 120	18 ( 9%)	132 (29%)
120 - 180	76 (36%)	239 (53%)
MAYOR 180	113 (55%)	79 (18%)
$\bar{X}$	214	147
S.D.	± 86	45
MODA	160	120
MEDIANA	194	140

Cuadro 15

COEFICIENTE DE DESARROLLO PSICOMOTOR AL  
INGRESO Y AL ALTA

<u>C.D.S.M.</u>	<u>INGRESO</u>	<u>ALTA</u>
$\bar{X}$	67	77
D.S.	+ 17	+ 14
MENOR 55	21 %	5 %
55 - 69	32 %	23 %
70 - 84	33 %	40 %
MAYOR 85	15 %	31 %

Cuadro 16

COEFICIENTE DE DESARROLLO PSICOMOTOR AL INGRESO Y AL  
ALTA SEGUN DEFICIT DE PESO AL INGRESO : ( N = 307)

<u>C.D.S.M.</u>	<u>DÉFICIT PESO/EDAD AL INGRESO</u>					
	<u>MENOR 30%</u>		<u>30 - 40</u>		<u>MAYOR 40 %</u>	
	<u>INGRESO</u>	<u>ALTA</u>	<u>INGRESO</u>	<u>ALTA</u>	<u>INGRESO</u>	<u>ALTA</u>
$\bar{X}$	72	80	64	75	56	70
D.S.	15	14	17	15	18	13
MENOR 55	12%	0%	28%	9%	31%	14%
55 - 69	24%	21%	29%	21%	48%	28%
70 - 84	41%	31%	34%	48%	21%	50%
MAYOR 85	22%	42%	8%	22%	0%	8%



