

# La articulación público privada en la lucha contra la desnutrición infantil: el caso CONIN

Por: Adrián Spitaleri

## Transformar una Necesidad en Política Pública. La buena noticia: Firma del convenio entre CONIN y el GCBA

Juan Patalili, abogado y miembro fundador del Centro de Investigación de Políticas Públicas (CIPP), analizaba junto a su máxima colaboradora, la ingeniera Inés Wueyson, el convenio que la Fundación CONIN (Cooperadora para la Nutrición Infantil), había firmado con el Ministerio de Desarrollo Social (MDS), el pasado 27 de abril de 2016. Comenzado dicho año, el BID (Banco Interamericano de Desarrollo), había contratado a Juan, a través del CIPP, a realizar un trabajo de investigación sobre la desnutrición y su articulación con las políticas públicas en Sudamérica, el cual publicaría a fines de 2017.

El trabajo contemplaba una investigación y conclusión preliminar de todo lo realizado en materia de desnutrición en Chile y en Argentina, y su vinculación con las políticas de estado, para poder implementar un plan de erradicación. Juan e Inés vivían en Buenos Aires, pero habían logrado entrevistar al Dr. Abel Albino<sup>1</sup>, oriundo de Mendoza y fundador de CONIN en Argentina, con el cual habían hablado sobre su trabajo con la desnutrición en dicho país y todo lo aprendido de su mentor, el Dr. Fernando Monckeberg<sup>2</sup> en CONIN de Chile.

Con todo el material informativo y los libros<sup>3</sup> escritos por los Dres. Albino y Monckeberg y sus colaboradores, empezaron a investigar y analizar todo lo realizado

---

<sup>1</sup> **Abel Pascual Albino** ([Buenos Aires, 28 de noviembre de 1946](#)) es un [médico pediatra argentino](#) que se dedica al tratamiento de la desnutrición infantil, fundador de CONIN en Argentina en 1993.

<sup>2</sup> **Fernando Rafael Monckeberg Barros** ([Santiago, 26 de junio de 1926](#)) es un médico cirujano chileno, doctor en [medicina](#) especializado en [nutrición](#), profesor, investigador y [economista](#) de la [Universidad de Chile](#). Creador del [Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos de la Universidad de Chile](#) (INTA) y presidente de la [Corporación para la Nutrición Infantil](#) (CONIN - Chile).

<sup>3</sup> **“Desnutrición el Mal Oculto”** (2005) y **“Así se combate la Desnutrición”** (2016).

en ambos países para combatir la desnutrición infantil. La gente de CONIN Argentina también les facilitó los convenios que se firmaron con el Gobierno Nacional, seis meses atrás. Pudieron leer casi todo el material en muy poco tiempo, además de las varias páginas visitadas en la web, para complementar la información. Si bien tanto Juan como Inés leyeron las actuaciones en ambos países, fue Juan quién leyó más de lo realizado en Argentina e Inés lo propio con Chile.

*“Inés, me gustaría que analizáramos los convenios firmados por el MDS con CONIN”, le comentó Juan. Y agregó: “Estuve leyendo con mucho detenimiento la metodología CONIN y la propuesta de CONIN que se desarrolla en el libro: Así se combate la Desnutrición. En el convenio Específico, firmado en Junio de 2016, se detalla el Plan de Objetivos y Acciones Específicas (ANEXO I) y en el libro aparecen las primeras directrices<sup>4</sup> (ANEXO II) que, en número, son el doble de los planes propuestos en el convenio, además de una propuesta muy diferente respecto a la multiplicación de Centros de Prevención”. “¿Y qué es lo que te preocupa concretamente?”, preguntó Inés, con sorpresa.*

*“Creo que la propuesta de CONIN es realmente abarcadora, en respuesta a combatir el problema de la desnutrición y que los planes y métodos propuestos no conciben con los firmados en el convenio con el Gobierno Nacional, para erradicar la desnutrición infantil en Argentina”, expresó Juan con preocupación. Finalmente, y para terminar de exponer sus comentarios al análisis propuesto, le dijo: “Vos has leído las acciones llevadas a cabo en Chile por el Dr. Monckeberg y me parece que, contextos aparte, los cuales son muy importantes a tener en cuenta, veo limitadas las acciones a realizar en Argentina y más aún veo diferencias significativas de implementación en ambos países. Sería bueno estructurar nuestro análisis en función de estas diferencias, ¿qué te parece Inés?”.*

*“Sí, efectivamente. Creo que sería muy importante para poder sacar conclusiones y analizar estas diferencias, conocer y entender las políticas, los programas, los cambios institucionales e iniciativas legales implementados, que conformaron el proceso que permitió erradicar la desnutrición infantil en Chile”, respondió Inés con seguridad. Y preguntó entusiasmada: “¿No crees que además podríamos pensar e incorporar algunas ideas en cómo transformar esta necesidad en Argentina en política de estado y su posterior evaluación?”*

*“¡Claro que sí”, - contesto Juan -, “¡solo a mí se me ocurre trabajar con una ingeniera!”*

## CONIN en Argentina

Hace diecinueve años, en CONIN se decidió quebrar la desnutrición infantil con un abordaje integral preventivo, evitando la generación de focos de extrema pobreza. Para ello, utilizaron como herramientas la creación de diecisiete (17) programas que la institución ha protocolizado y perfeccionado con los años y la experiencia, ejecutados

---

<sup>4</sup> Libro **Así se combate la Desnutrición**, Santa Fe, 2016. Autores Dr. Abel Albino y coordinado por Gastón Vigo.

en Centros de Prevención y Promoción Humana<sup>5</sup> (CPP), como el que posee en la localidad de Las Heras, Provincia de Mendoza.

- Educación nutricional
- Educación para la salud
- Lactancia Materna
- Jardín maternal
- Jardín de Infantes
- Estimulación Temprana
- Escuela de artes
- Escuela de oficios
- Educación agraria
- Alfabetización para adultos
- Ropero familiar
- Club de padres
- Escuela para padres
- Documentación
- Legalización de la familia
- Prevención y tratamiento de las adicciones
- Inmunizaciones

Estos son los diecisiete programas básicos, a los cuales se pueden agregar otros que apuntan en la misma dirección: mejor alimentación, estimulación afectiva, saneamiento ambiental y progreso del entorno humano. Dichos programas se han replicado eficazmente en ochenta y cuatro (84) centros de prevención en diversas partes del país y otros nueve (9) en el extranjero. Cabe destacar que entre estos programas hay dos de ellos (escuela para padres y legalización de la familia), que son decisivos, puesto que incluyen una adecuada educación sexual.

## Desnutrición infantil y daño cerebral

La fundación CONIN instruye en que, pasado los dos años del nacimiento, el daño cerebral de la desnutrición infantil es inalterable. Por lo tanto, en los casos graves, hay que intervenir activamente antes de que la criatura definitivamente no pueda valerse por sí misma. En ese sentido, para los niños que sufren daños más agudos y urgentes, siguiendo el ejemplo del Dr. Monckeberg en Chile, CONIN creó en Mendoza el primer Centro de Tratamiento de Desnutridos<sup>6</sup> (CRN) infantiles en la República Argentina. A la fecha se han recuperado mil quinientos (1500) desnutridos graves y con 0 % de tasa de mortalidad<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> La creación de estos **Centros de Prevención** tiene como principal objetivo la prevención y tratamiento de niños desnutridos leves y moderados.

<sup>6</sup> El **Centro de Recuperación Nutricional** es un hospital de baja complejidad, destinado a la recuperación nutricional de niños desnutridos.

<sup>7</sup> La tasa de **mortalidad infantil (TMI)** es el número de defunciones de niños menores de un año por cada mil (1,000) nacidos vivos en un determinado año.

*“La desnutrición infantil es el resultado final del subdesarrollo”, nos dice el Dr Albino en sus seminarios. Y agrega: “Ésta se contrae en los mil primeros días, desde la concepción, pero sus consecuencias son de por vida; por lo tanto, no hay que entender el adjetivo **infantil** como algo que sólo afecta a niños, porque todos esos niños serán alguna vez adultos. Sólo porque en la infancia se contrae la enfermedad, se la denomina desnutrición infantil.” Finalmente concluye sobre el significado de la guerra contra el hambre: “Esto en la vida política de los gobiernos nacionales, provinciales y municipales, o incluso en el ámbito de las elogiadas iniciativas privadas, no siempre ha sido correctamente entendido, porque combatir el **hambre** es relativamente fácil, nos puede llevar 15 minutos. Pero combatir la desnutrición infantil es otro cantar, porque la misma constituye una patología social profunda, **sociogénica** y ambiental, cuyo resultado es el daño cerebral **irreversible** de por vida.”*

## El problema de la desnutrición y sus consecuencias

La pérdida de peso o su insuficiente aumento, y el retardo del crecimiento en talla son procesos de origen multi-factorial: dependen del ambiente físico, social, político, económico, cultural y estilos de vida; se basa en diferentes carencias, alimentarias, de servicios de salud, contención, estimulación, afecto, seguridad, cuidados, agua segura y situaciones adversas como desocupación, pobreza, tóxicos ambientales, violencia y desesperanza (Figura 1). La desnutrición es, fundamentalmente, expresión de una patología social más generalizada: la pobreza, y no es sólo consecuencia de carencia de alimentos. Por eso cuando los programas de prevención y tratamiento se basan solo en la asistencia alimentaria, fracasan, porque no logran llegar al centro de la cuestión de la manera aquí planteada.

**Figura 1: Factores determinantes de la malnutrición**



Las consecuencias de la desnutrición no resuelta, van desde impactos en el corto hasta el largo plazo:

**A. IMPACTO DE CORTO PLAZO:**

Mayor riesgo de muerte: **Desnutrido grave** tiene 8,4 veces más riesgo de morir que un niño sano. **Desnutrido moderado:** 4,6. **Desnutrido leve:** 2,5.

Un porcentaje importante de muertes de niños pequeños en todo el mundo es atribuible a los de bajo peso para la edad, y los esfuerzos para reducir la desnutrición debe ser una prioridad política.

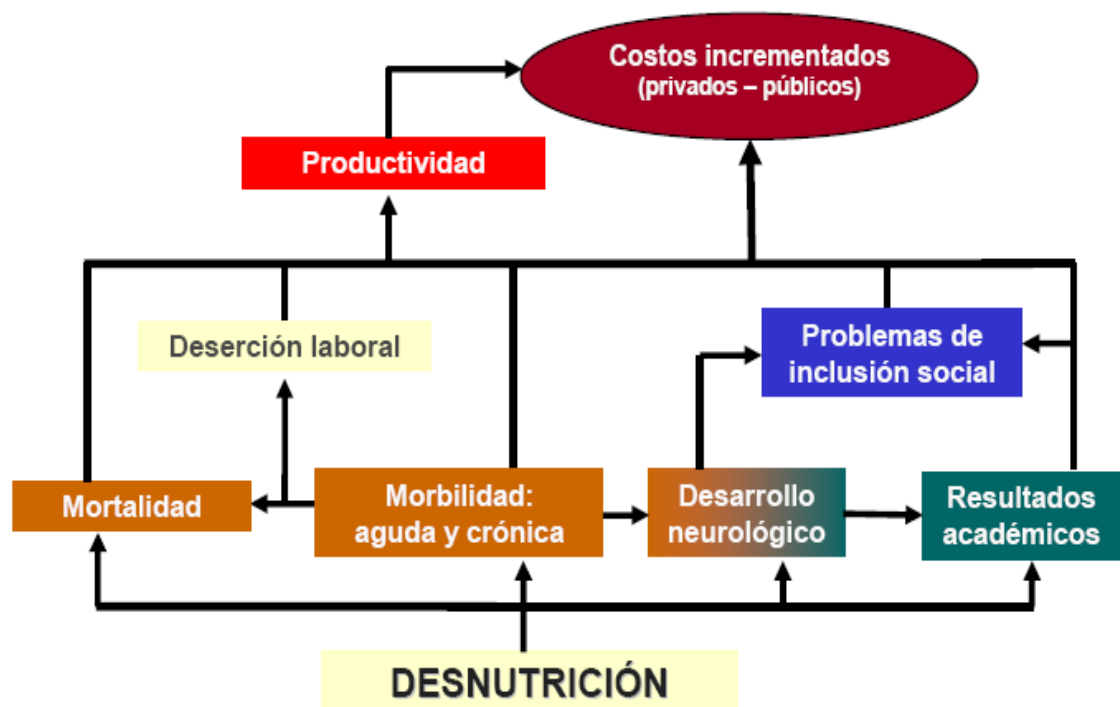
**B. IMPACTO DE MEDIANO PLAZO:**

Menor crecimiento  
Deterioro del desarrollo psicomotor  
Menor capacidad de aprendizaje

**C. IMPACTO DE LARGO PLAZO:**

Menos años de escolaridad  
Menor rendimiento intelectual  
Menor desarrollo del capital humano  
Menor capacidad de crecimiento económico (perpetuación de la pobreza)  
En síntesis, los daños sufridos en la infancia conducen a la incapacidad permanente, y afectan a las generaciones futuras (Figura 2):

**Figura 2: Consecuencias de la Desnutrición a Futuro**



Ref: Cepal 2006

Los niños que nacen y crecen en un ambiente gris, triste, con escasos estímulos auditivos, escasos alimentos, con figuras maternas o paternas desdibujadas, cuando no ausentes, están en una situación de desventaja y no podrán expresar jamás su potencial genético<sup>8</sup>, y estarán condenados a repetir la historia de miseria, pobreza, e incultura. Este es el llamado “daño sociogénico-biológico”, que describe el Dr. Fernando Mönckeberg. Para CONIN, la única forma de combatir eficazmente la desnutrición infantil es atacando sus causas, a través de la prevención y recuperación, actuando más allá de los parches asistenciales que sólo atienden la urgencia.

## La metodología CONIN

En condiciones de pobreza crónica, propias del subdesarrollo, gran parte de los individuos se ven limitados en la expresión de sus potencialidades genéticas, tanto físicas como intelectuales. En estos casos no solo el individuo sufre estas circunstancias, sino también la sociedad, limitándola en sus posibilidades de progreso y desarrollo. El exitoso modelo de la Fundación CONIN se basa en el abordaje integral de la problemática social que da origen a la extrema pobreza y su consecuencia directa: la desnutrición.

Por ello todos los programas que se desarrollan en un Centro de Prevención<sup>9</sup> de la Desnutrición Infantil y Promoción Humana (CPP) están dirigidos a realizar acompañamiento del grupo familiar a través de la asistencia y educación. Fortaleciendo factores protectores y buscando estrategias para minimizar o erradicar los factores de riesgo que se visualizan en el grupo familiar del niño. En particular, y este es uno de los aportes claves de CONIN, la educación de la madre, como principal agente sanitario es la base de todas las intervenciones que se desarrollan para la recuperación del niño, y es a través de ella que se busca la integración de la familia y de la comunidad.

El método CONIN se basa en la amplia evidencia de que los programas integrales de intervención nutricional, teniendo en cuenta factores sociales y psicoafectivos en condiciones de pobreza y subdesarrollo, previenen la morbimortalidad infantil.

Cada Centro CONIN desarrolla estrategias de intervención de gran impacto sanitario sobre la población de bajos recursos de su área de influencia, con una elevada repercusión social.

- Los niños desnutridos son inmunodeficientes, por eso su internación en hospitales generales eleva su riesgo de complicaciones.
- La mortalidad infantil de un desnutrido en un hospital general es del 28%, el tiempo de internación de 2 a 3 meses y el promedio de hospitalizaciones por año es de 2,8 lo que totaliza 120 días de internación anuales por niño.

---

<sup>8</sup> **Potencial genético:** conjunto de características únicas, llamado “identidad”. Esta identidad biológica se expresará a través de la vida (ontogénesis) y queda determinada en el momento de la fecundación. Es único en cada individuo y no se repite. Determina la estructura orgánica y los comportamientos instintivos, de los cuales derivan después funciones complejas.

<sup>9</sup> **Tipos de Prevención** según tipo de Centro: **Primaria:** antes de que se produzca la alteración (CPP); **Secundaria:** una vez producida la lesión (CPP con niños ya desnutridos); **Terciaria:** Incorporación de acciones para recuperar y rehabilitar (CRN)

- Las sucesivas re-infecciones que determinan antibioticoterapias, radiografías, análisis interconsultas, exámenes complementarios, enfermería, etc., hacen que el coste operativo del tratamiento del desnutrido en un hospital general se eleve considerablemente en relación a los Centros de Recuperación de Niños Desnutridos (CRN).

En estos Centros, las madres o adultos a cargo, acompañan a los niños durante la internación, ya que el éxito del tratamiento no sólo consiste en una adecuada ingesta, sino también, del afecto y estimulación que el niño reciba. La mortalidad infantil en los CRN es prácticamente nula.

## **CONIN en Chile: Fernando Monckeberg y su Aporte a la Nación**

En 1950, el médico y estadista chileno Fernando Monckeberg, comenzó a investigar sobre la desnutrición infantil. Hoy es una eminencia en la materia que, a través de la fundación del Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos<sup>10</sup> (INTA), logró demostrar a la opinión pública que la principal causa del fallecimiento de un niño era la subalimentación y la falta de estimulación temprana. Con el afán de obtener certezas probó con el tiempo que el desnutrido se contagiaba fácilmente de enfermedades infecciosas, siendo esta su causa última de muerte.

El INTA contribuyó a través de la participación del Dr. Monckeberg, a la creación del Consejo Nacional para la Alimentación y la Nutrición (CONPAN), organismo interministerial creado luego del golpe de estado a Salvador Allende. De esta forma como secretario ejecutivo, el Dr. Monckeberg planificó junto a los ministros de Agricultura, Economía, Educación, Trabajo, Salud y Previsión Social, una política nacional de alimentación y nutrición de aplicación en todo el territorio chileno.

No obstante, la urgencia se daba en los desnutridos graves menores de dos años que requería una determinación puntual inmediata, ya que estos morían por las infecciones que contraían en los grandes hospitales. Se buscó otra alternativa para estos casos, diferente al hospital convencional, que permitiera desarrollar un tratamiento integral, tanto de recuperación nutricional, como también del retraso del desarrollo psicomotor, incrementando la eficiencia, reduciendo las recaídas, que integrara a la familia al proceso de recuperación y rebajara los costos.

Luego de comprobar el éxito del tratamiento en un centro cerrado de recuperación nutricional destinado exclusivamente a niños desnutridos, el Dr. Fernando Monckeberg crea el 19 de abril de 1975 la fundación privada sin fines de lucro llamada Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN). Su meta consistió en instaurar una red de centros, distribuidos a lo largo de los 4300 kms. de longitud del país, que asegurasen

---

<sup>10</sup> El INTA es el resultado de un proceso de desarrollo institucional iniciado en 1954, cuando un grupo de médicos pediatras y bioquímicos, dirigidos por el Dr. Fernando Monckeberg, se asociaron para crear el Laboratorio de Investigaciones Pediátricas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. En 1972, se consolidó como Departamento de Nutrición, y luego en 1981 la Universidad lo estructuró como Instituto, unidad académica con rango de facultad dependiendo directamente del rector.



un tratamiento eficaz y libre de infecciones, contribuyendo con ello a disminuir sustancialmente la mortalidad infantil. En el transcurso de cinco años, se convirtieron y construyeron estructuras sanitarias, con una capacidad total de mil ochocientas (1800) camas, número que superaba por tres al existente en todos los hospitales pediátricos edificados.

Durante la concreción de ese inmenso logro se hizo un llamado a la ciudadanía para llenar dichas estructuras sanitarias de profesionales altamente capacitados y enorme sacrificio para cubrir entre todos las 24 horas del día. Con un manual de procedimientos basado en la experiencia de especialistas en pobreza y desnutrición, se diagramó un riguroso plan a seguir que incluía: alimentación a base de leche de vaca y otros alimentos preparados bajo la estricta supervisión de un nutricionista; estimulación cognitiva y psico-sensorial; fisioterapia supervisada por un especialista; estimulación afectiva; incorporación de la madre al cuidado y estimulación del niño; educación de la madre en las técnicas de alimentación y nutrición y apego a su hijo, entre otras actividades.

## **El gobierno y su Lucha contra la Desnutrición Infantil**

- Inés: *“Juan, estuve analizando los convenios firmados que me pediste. El convenio marco expresa claramente en su objetivo estrechar relaciones con CONIN y colaborar en implementar su metodología en la prevención y erradicación de la desnutrición infantil en todo el territorio de la República Argentina.”*

- Juan: *“¿Y cómo se implementarán las acciones y programas para tal fin?”*

- Inés: *“Establece que se hará a través de acuerdos específicos con el MDS de la Nación y que de común acuerdo podrán invitar a participar de dichos programas y acciones, a otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales, Universidades y/o centros de investigación del ámbito nacional, provincial o extranjeros.”*

- Juan: *“¡Que interesante! Es muy importante que haya apertura para que otros puedan contribuir también a tamaña tarea a realizar.”*

- Inés: *“Si, además se resguarda la propiedad intelectual y los resultados de los trabajos realizados con cláusulas expresas de resguardo. También, el convenio establece el compromiso de las partes en ahondar esfuerzos para fortalecer los centros de prevención (CPP) y los centros de recuperación y tratamiento (CRN), para que se pueda implementar adecuadamente la metodología CONIN, en conformidad con el Plan de Objetivos y Acciones Específicas que vos mencionaste.”*

- Juan: *“Hasta acá, me parece que el gobierno ha incorporado a través de CONIN una metodología que ha sido perfeccionada por el Dr. Abel Albino, de acuerdo a la experiencia de los centros CONIN en Chile. Me queda la duda si la cantidad de centros elegidos a fortalecer son suficientes para lograr un objetivo tan amplio.”*

- Inés: *“En principio son veinte (20) CPP actualmente en funcionamiento a fortalecer de un listado en donde se detalla la condición del centro y en qué provincia está ubicado. Las condiciones son: la posibilidad de rápidamente incrementar el número de niños a atender, tener un equipo de profesionales completo, las condiciones edilicias adecuadas y tener disponibilidad de días de ampliar la atención. Hay otros que se*



*encuentran en formación o existen iniciativas para transformarse en CPP. Se agregaran diez (10) CPP nuevos y tres (3) CRN.”*

*- Juan: “Bueno, esto de los tres (3) nuevos centros de tratamiento y recuperación a incorporar es muy importante, dado que sólo existe el de Mendoza y esto seguro ayudará a mejorar la calidad de atención hospitalaria en las provincias que más lo necesitan.”*

*- Inés: “Efectivamente, estas provincias nuevas son las de Salta y Misiones y el CRN de Mendoza en donde se planifica una ampliación. Por otro lado, el convenio prevé la posibilidad de modificar la cantidad de centros a fortalecer si las partes así lo consideran necesario.”*

*- Juan: “Bien. Pero...todavía hay algunos temas que me dan vuelta en la cabeza. Quisiera entenderlo mejor, por un lado está el trabajo que tiene a cargo CONIN y se detalla en el convenio. Por el otro, está el Plan de objetivos y acciones específicas y una propuesta de mayor alcance que CONIN ya tenía elaborada. Me parecen muy importantes las conclusiones que podamos sacar sobre cómo combatir la desnutrición, y que podamos incorporar al informe del BID. Además, y no menos importante; no veo una estrategia clara del gobierno, comparando con lo realizado en Chile y creo que hay diferencias sustanciales en la magnitud del trabajo a realizar a futuro. ¿Vos qué pensas?”*

*- Inés: “Juan, déjame que revise bien las tareas a cargo de CONIN en el convenio y creo que después podemos armar un cuadro de diferencias y evaluar el Plan propuesto en el convenio con la propuesta de CONIN. Respecto a la estrategia que planteas, es verdad, yo tampoco lo veo claro y quizá sea bueno compararlo con Chile. ¿Te parece?”*

*- Juan: “Si claro, trabajemos al respecto.”*

## **La Experiencia Chilena transformada en Política Pública**

¿Existía relación entre el ingreso per cápita de 400 dólares y la mortalidad infantil que superaba los 180 por mil nacidos vivos? ¿Estaban la sociedad y el Estado trasandino generando discapacidad sin darse cuenta o eran conscientes de que la deserción escolar del 70 % derivaba de su inacción? ¿Cómo explicar sino el analfabetismo del 23 % y la escolaridad promedio de sólo 2 años? ¿Qué progreso alcanzarían si el 60 % de los que sobrevivían, ya al cumplir cinco años de edad, presentaban signos de retardo de su crecimiento físico e intelectual? ¿De qué manera generarían riqueza, si el acceso a la universidad era sólo del 2 % y la expectativa de vida de 38 años?

Esta era la situación en Chile en 1950 y casi dos décadas después la situación no había mejorado ya que el 65 % de las muertes se producían antes de los 15 años de edad. Fue entonces cuando el Dr. Fernando Mobckeberg decidió poner de pie a sus compatriotas, en especial a la clase política, para que tomaran el tema como el primordial problema nacional a resolver. Desde su óptica, la única manera que tenía su país de iniciar la salida del subdesarrollo era aunar acciones para erradicar la

enfermedad que generaba debilidad mental. Preparó cuidadosamente pruebas que fueran lo suficientemente representativas e incluyeran a la población urbana en un 66 % y a la rural en un 34 %, en un trabajo que le llevó 2 años.

El estudio comprendía el examen antropométrico, muestras de sangre para medir proteínas y vitaminas, encuesta nutricional, nivel de educación, condiciones de la vivienda y vida familiar. Los resultados fueron trascendentes, y a la vez decepcionantes. Más del 60 % vivía en condiciones de pobreza, con un promedio de 4,1 hijos por familia y sin condiciones sanitarias. Un 69,5 % de los niños presentaba un significativo retardo del crecimiento y un bajo peso para la edad.

## El resultado de una estrategia política adecuada

Cuando se aproximaban las elecciones de 1970 el Dr. Monckeberg consideró que se le presentaba el escenario perfecto para dar difusión pública a la tragedia que estaba transcurriendo sin que todos lo notasen. Se convenció de que su planteamiento debía ser acogido por los tres candidatos a la presidencia de la nación. Su anhelo era que lo utilizarán como herramienta para alcanzar el poder; confiaba en que si la sociedad advertía la relevancia del asunto, sería imposible para quién asumiera el gobierno, deshacerse de sus promesas. De esta manera Monckeberg y su equipo, buscaron adecuar sus propuestas de modo que se ajustarán a las tendencias ideológicas de cada partido. A partir de entonces la desnutrición infantil, de la que nunca se había hablado, pasó a ser un objetivo político que penetró hasta quedar impreso en la conciencia de cada ciudadano.

*“Pragmáticamente, la primera prioridad de un político es alcanzar el poder y la primera prioridad de un gobierno es permanecer en el mismo. En base a esta afirmación se puede obtener el apoyo para una determinada política si ella aporta beneficios políticos a aquellos que están en la lucha por el poder<sup>11</sup>. En otras palabras, para provocar una decisión política favorable, los problemas de salud y nutrición tienen que transformarse en desafíos políticos. Con estos objetivos desarrollamos durante varios años una estrategia comunicacional destinada a inducir en la comunidad la preocupación social por los problemas de salud y nutrición. Con este propósito utilizamos los medios de comunicación, incluyendo el entrenamiento de periodistas, para enfatizar los efectos adversos de la desnutrición sobre el individuo y sobre toda la sociedad.” (F. Monckeberg, en su libro: Desnutrición “El Mal Oculto”)*

Luego de la creación del INTA, el CONPAN y la fundación de CONIN, ya en el gobierno de Augusto Pinochet, la principal medida fue reemplazar al Servicio Nacional de Salud (SNS), mediante la reforma estructural que dio origen a un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), al que se le otorgó poder y libertad suficiente para operar descentralizadamente a lo largo de Chile. Se legitimó así un engranaje por el cual se enviaban a CONIN los niños menores de dos años con desnutrición avanzada, ya fuera desde los hospitales pediátricos o los detectados en los centros de atención primaria. Se recuperaron así 85.000 desnutridos en 4 décadas. El impacto de tan

---

<sup>11</sup> **Convenio Fundación CONIN – Gobierno de Salta.**  
<https://www.youtube.com/watch?v=8P0XhAkX21g>

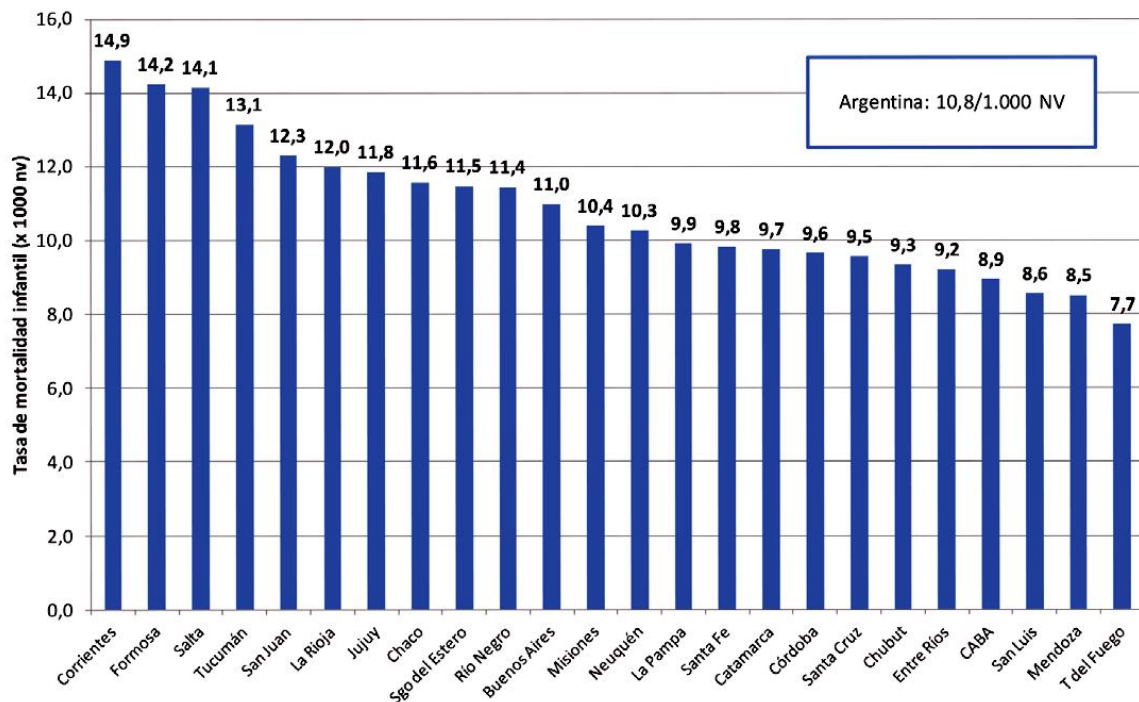
extraordinaria política de estado, hizo de Chile el país sudamericano con mayor proyección actual (ANEXO III).

Producto de revertir el número de desnutridos, la mortalidad infantil disminuyó y a partir de allí la educación funcionó como el ascensor social que formó a los niños que serán parte de la población económicamente activa. La sociedad percibió la magnitud del progreso y los ciudadanos se comprometieron con el programa, impidiendo que los gobernantes de turno desvirtuaran sus fines. Ejemplo de ello fue la crisis económica de 1982, en la cual se presentó la excusa perfecta para recortar el presupuesto de alimentación complementaria y los académicos que conformaban el sistema de vigilancia nutricional (1,2 millones de niños y madres embarazadas registrados), advirtieron a los técnicos del Ministerio de Salud, que la medida estaba incrementando la desnutrición, por lo cual revirtieron la fatídica determinación.

## Argentina y la desnutrición

La última encuesta nacional de nutrición y salud se realizó en el 2005 y desde entonces no se cuenta con cifras oficiales. De todos modos, cuando no existen estadísticas oficiales se puede tomar, según recomienda Fernando Monckeberg, los números de mortalidad infantil como un indicador indirecto y equivalente de desnutrición, más allá de que en el futuro se pueda tener un índice propio:

Tasa de mortalidad infantil (cada 1000 recién nacidos vivos), según jurisdicción de residencia materna. Argentina. 2013



Fuente originaria: SAP/ Unicef Argentina, “Salud materno-infanto-juvenil en cifras, 2015.

La mortalidad va entonces desde 7,7 niños cada mil en Tierra del Fuego a 14,9 en Corrientes. La media nacional está en 10,8. Puede parecer que no es mucho, pero Chile está en 7 y Japón en 6. De todos modos es alta respecto a nuestro país vecino teniendo en cuenta la potencialidad de recursos que en la actualidad existen en el país.

En Argentina desde 1985 a 2015 se ha mantenido un gasto oscilante entre el 7 % y 10 % en relación al PBI. En 2010 se destinaban 658 dólares anuales por habitante para la atención de la salud, siendo esta cifra una de las más altas en América Latina y llegando a triplicar la de países con un grado de desarrollo económico similar. Sin embargo, se mantiene una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años que casi duplica la de algunos países que gastan menos, como Chile (336 dólares por habitante) o Brasil (267 dólares por habitante), cuyas tasas de mortandad infantil son del 7 y el 10 por mil, respectivamente<sup>12</sup>.

## **El compromiso asumido por el nuevo gobierno**

El presidente Mauricio Macri prometió en plena campaña electoral al Dr. Abel Albino, conducir el Programa Integral contra la Desnutrición, dentro de su plan de Pobreza Cero, que funcionará con independencia presupuestaria dentro de la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

A tales efectos el convenio específico establece el trabajo entre la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollos Social y la Fundación CONIN, la cual tendrá a su cargo:

- a) Formular un diagnóstico estadístico de situación, el que será acordado en un trabajo conjunto con el Gobierno Nacional y otras instituciones gubernamentales o no gubernamentales, universidades y/o centros de investigación del ámbito nacional, provincial o extranjero.
- b) Planificar una red de centros de atención y criterios de derivación.
- c) Elaborar y adaptar manuales metodológicos y de procedimientos a aplicar en los distintos centros de atención.
- d) Monitorear durante la implementación y ejecución las metodologías sustantivas y administrativas en las etapas de iniciativa, apertura, certificación y funcionamiento de los centros involucrados en el Plan de Objetivos y Acciones Específicas.
- e) Capacitar al personal de la Secretaria del MDS y el de las entidades que constituirán Centros en relación a la metodología CONIN.

---

<sup>12</sup> [http://www.ieco.clarin.com/economia/salud-pais-gasta-paga\\_0\\_266973529.html](http://www.ieco.clarin.com/economia/salud-pais-gasta-paga_0_266973529.html)

- f) Diseño e implementación de sistemas (software) de información epidemiológicos, presupuestos financieros y de producción para el seguimiento permanente del cumplimiento del Plan de Objetivos y Acciones Específicas.
- g) Realizar junto a la Secretaria del MDS el análisis, evaluación de la viabilidad y admisión de los proyectos presentados en el marco del presente convenio.
- h) Informar y guiar a cada nueva organización en la comprensión de los requisitos necesarios para operar como CPP y/o CRN, en la conformación del equipo básico de profesionales y del equipo de gestión.
- i) Capacitar en los procesos que deben seguirse en la atención integral de los niños y sus familias en el CPP, para el cumplimiento de la metodología CONIN.
- j) Entregar el manual de procedimientos de la metodología CONIN cuando el equipo operativo y de gestión se capaciten.
- k) Verificar de acuerdo al cumplimiento de los requisitos si la organización se encuentra en estado de: Iniciativa, en Formación o Funcionamiento, conforme a la diferenciación establecida para cada centro.
- l) Verificar en forma bimestral, el cumplimiento de la metodología CONIN a través de entrevistas presenciales, con monitores territoriales y auditorías a distancia a través de red mundial CONIN, tablero de control y comunicaciones permanentes.
- m) Auditar la asistencia de los niños incorporados como beneficiarios de los CPP.
- n) Mantener instancias de capacitación permanente de los equipos operativos y de gestión mediante entrenamientos para los nuevos Centros, encuentros presenciales regionales y nacionales y capacitaciones específicas por área, además de formación y asesoramiento a distancia por medio de la plataforma virtual.
- o) Proporcionar a la Secretaria del MDS toda la información estadística o técnica que sea necesaria para las actividades o acciones que afectan al presente convenio.
- p) Verificar la contratación de seguros de responsabilidad civil de cada Centro.

## **Visión jurídica sobre la desnutrición infantil**

La Constitución Nacional, a partir de la Reforma de 1994, incorporó la Convención sobre los Derechos del Niño, que detenta una jerarquía superior a las leyes (art. 75 inc. 22). Consecuentemente y como fruto de los proyectos presentados, la nueva Constitución en el art, 75 inc. 23, estableció como atribución del Congreso Nacional: “Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad.”

“Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del periodo de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia.”

Respecto a las Normas Nacionales, existen en Argentina la Ley N° 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, cuyo primer derecho reconocido es el de la vida (art.8), además de remitir a la Convención de los Derechos del Niño, en toda decisión judicial – entre otras – que se adoptare respecto de las personas hasta los 18 años de edad (art. 2); y la Ley 25.724. Programa de Nutrición y Alimentación Nacional. Esta última expresa el cumplimiento del deber del Estado de garantizar el derecho a la alimentación de toda la ciudadanía (art. 1), destinado a cubrir los requisitos nutricionales de niños de hasta 14 años, priorizando a las mujeres embarazadas y a los niños de hasta los 5 años (art. 2).

La ley estableció, ente otras funciones de la autoridad de aplicación - Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación -, la de asegurar la equidad en las prestaciones alimentarias y en el cuidado de la salud; fijar los mecanismos de control que permitan una evaluación permanente de la marcha del Programa y de sus resultados; y establecer un sistema permanente para la evaluación del estado nutricional de la población (art. 5, incs. c, d y g).

La ley se sancionó el 27/12/2002 y se publicó el 17/1/2003, y en su art. 11 estableció un plazo de treinta días contados desde su promulgación para la elaboración de los planes nutricionales a efectos de su inmediata aplicación, expresando en el art. 12 que el objetivo de esta ley es desterrar la desnutrición en todo el territorio nacional.

## **El gran desafío: transformar una necesidad real en política de estado**

*“Yo creo Inés que tenemos que entender bien que es lo que realmente se quiere conformar en esto de articular políticas públicas que impactan en la sociedad. Al fin y al cabo las políticas públicas son acciones colectivas<sup>13</sup> con intervención del Estado en algo que concita la atención, interés o movilización<sup>14</sup>, que en este caso está llevando a cabo CONIN desde hace ya casi 20 años.”*, comentó Juan, y leyendo unos apuntes que había preparado agregó: *“Como muy bien define Fred Frohock<sup>15</sup>, - una política pública es una práctica social, ocasionado por la necesidad de reconciliar demandas conflictivas o, establecer incentivos de acción colectiva entre aquellos que comparten metas -.*

*“Y tomo este tema de la necesidad como factor crítico de este análisis que creo debemos analizar para entender cómo poner en práctica una política de estado.”*, agregó con toda seguridad.

*“Veo ahora un poco más claro por donde pasa tu mayor interrogante, aunque creo que el punto está en cómo evaluar los resultados de una política pública, si mal no te interpreto.”*, contestó Inés muy concentrada.

*“¡Exacto! Inés, yo entiendo que llevar a cabo una política pública implica atender una necesidad de la sociedad, a la vez que se resuelven problemas que den solución a*

---

<sup>13</sup> Aguilar Villanueva, Luis. (1994) *Estudio introductorio*, en Aguilar Villanueva, L. (ed.) Problemas públicos y agenda de gobierno, México, Editorial Miguel Ángel Porrúa.

<sup>14</sup> OSZLAK, O. y O'DONNELL, G., “Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación”, en Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, 1981.

<sup>15</sup> FROHOCK, Fred M. (1979). *Public Policy: Scope and logic* (Englewood Cliffs, N. J.: PrenticeHall, Inc.).

*aquellos que lo necesitan. Por lo tanto, me preocupa cómo evaluar los resultados de ésta política pública y cuál es la estrategia elegida para llevarla a cabo”, respondió Juan con entusiasmo. “¿Qué piensas?”*

*“Creo que dicha evaluación además debe analizar el cumplimiento de procesos planteados y la medición de los objetivos.”, respondió Inés con énfasis.*

*-Juan: “Seguro Inés, esto será fundamental a la hora de tomar decisiones a futuro.”*



## ANEXO I

### PLAN DE OBJETIVOS Y ACCIONES ESPECÍFICAS

LA SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA Y LA FUNDACIÓN C.O.N.I.N, en adelante "LAS PARTES", entienden conveniente la conjunción de esfuerzos para que mediante la cooperación, y el consecuente intercambio de conocimientos, experiencias, enfoques y proyectos, puedan, desde sus planos de autoridad pública y persona jurídica privada, respectivamente, llevar adelante el presente PLAN, cuyos objetivos y metas son:

- 1) Hacer foco en las causas de la desnutrición infantil, armando estrategias zonales, concretas y puntuales, desarrollando sistemas que nos permitan identificar y alertar sobre los riesgos existentes en una comunidad.
- 2) Promover y fortalecer Centros de Recuperación y Tratamiento de la Desnutrición Infantil y Centros de Prevención y Promoción Humana, a fin de estimular y alimentar al cerebro del niño adecuadamente durante los primeros 1000 días de vida contados desde la concepción, dado que la mujer embarazada debe ser objeto de todo cuidado y protección, a fin de que ese niño pueda desplegar su potencial genético para tener igualdad de oportunidades.
- 3) Propiciar la realización de un Mapa de la Desnutrición en la Argentina, dado que resulta indispensable trabajar con estadísticas, tomando para ello como base los estándares y criterios de estricto rigor científico adoptados por la Fundación CONIN. Dentro de esta tarea se deberá zonificar el territorio para establecer prioridades y racionalizar los recursos humanos y económicos eficazmente. Para la construcción de los instrumentos de la medición se tendrá en cuenta información integral, nominal, individual, georreferenciada, monitoreada en el tiempo y compartida con todos los actores implicados y se fomentará la participación de entidades gubernamentales y no gubernamentales, universidades y/o centros de investigación del ámbito nacional, provincial y extranjero.
- 4) Desarrollar Centros de Prevención de la Desnutrición Infantil Itinerantes para cubrir aquellos parajes rurales, poblaciones aborígenes, entre otras zonas de difícil acceso del Territorio Nacional. Para ello se deberá definir el método según la distancia, la frecuencia que requiera cada región, el equipamiento y los recursos humanos.

5) Articular con los Espacios de Primera Infancia contemplados en el PLAN NACIONAL DE PRIMERA INFANCIA a fin de mejorar los hábitos alimentarios de la población asistida y derivar los casos de desnutrición al Centro de Prevención o Centro de Recuperación más cercano. A los efectos del seguimiento nutricional y las mediciones antropométricas serán utilizadas las planillas de evaluación confeccionadas por la Fundación CONIN.

6) Crear los mecanismos de articulación necesarios para que desde las áreas de Salud, Educación y Desarrollo Social sean derivados a los Centros de Prevención y Centros de Recuperación, los niños menores de cinco (5) años que presenten un cuadro de desnutrición, según cada caso.

7) Aplicar la plataforma Red Mundial CONIN, a fin de contar con la evolución de cada niño y madre embarazada que estén incluidos dentro del presente PLAN, permitiendo de ese modo un abordaje interdisciplinario de la problemática.

A fin de alcanzar dichos objetivos, se prevé una estrategia de intervención en forma conjunta entre "LAS PARTES", a fin de fortalecer el trabajo de los Centros de Prevención y los Centros de Recuperación, a través del financiamiento que permita la incorporación de mayor cantidad de niños y sus familias para la prevención y tratamiento de la Desnutrición Infantil en todo el territorio argentino.

A tales efectos, se establece como objetivo inicial el fortalecimiento de un total de treinta y tres (33) centros, los que serán seleccionados de acuerdo a la decisión que resulte consensuada entre "LAS PARTES", y del listado que se detalla a continuación:



## ANEXO II – Propuesta de CONIN

La Fundación CONIN propone como primeras directrices, lo siguiente:

1. Realizar un Mapa de la Desnutrición en la Argentina (MDA). Sin estadísticas reales, CONIN no podría hacerse cargo eficaz y seriamente de afrontar esta responsabilidad. Sería la primera etapa del trabajo y aunque planteada como diagnóstico, es parte de las acciones contra la desnutrición.
2. Para la construcción de los instrumentos de la medición, se propone la participación del Observatorio de la Deuda Social de la Universidad Católica Argentina, el renaciente INDEC (le servirá para recuperar la confianza perdida) y a quienes participan actualmente en los relevamientos en otras provincias. Estos últimos, son fundamentales, ya que allí se han generado los medios tecnológicos de punta necesarios, que adaptados a escala nacional, nos permitirán visibilizar las situaciones de los más vulnerables, mediante la búsqueda de información, integral, nominal, individual, *georeferencial*, monitoreada en el tiempo y compartida con todos los actores implicados. Hacemos especial hincapié en esto último: el problema de la desnutrición no se soluciona solamente desde un Ministerio, se resuelve desde las acciones coordinadas de distintos Ministerios que, con un trabajo coordinado de todos ellos, se logrará ir focalizando diversas actividades en pos de lograr un mismo fin común.
3. Fortalecer en infraestructura, capacitación y recurso humano, a los 84 Centros de Prevención de Desnutrición Infantil y Promoción Humana, esparcidos en 18 provincias del país.
4. En una segunda etapa, a mediano plazo se propone la apertura de nuevos Centros CONIN en cada una de las localidades donde sea necesario dar cobertura a la problemática de la Desnutrición. De la misma manera que hoy se lleva adelante con el método probado, exitoso y profesionalizado, que incluye: atención del niño por el médico pediatra, nutricionista, psicopedagoga, estimulador, trabajador social; promoción humana para la madre y la familia: educación nutricional, educación para la salud, fomento de la lactancia materna, jardines maternos e infantiles, asistencia alimentaria complementaria, ropero familiar, escuelas y para padres, lectoescritura para analfabetos, prevención de adicciones, escuela de artes y oficios, escuela de capacitación agraria,

inmunización, documentación y legalización de la familia. **Al accionar de un Centro CONIN, se debería agregar, la erradicación de los ranchos en donde sobreviven, por casas sociales en donde tengan cloacas, luz eléctrica, agua caliente y corriente.**

5. Desarrollar unidades de CONIN itinerante, para cubrir aquellos parajes rurales, poblaciones aborígenes y zonas inhóspitas del territorio nacional. Definiremos el método según la distancia de kilómetros, como así también, la frecuencia que requerirá tal o cual sitio (semanal, quincenal o mensual). También daremos prioridad al equipamiento que se va a necesitar, que deberá ser adaptado a la movilidad que se le pretende dar a esos CONIN itinerantes. A su vez, se propondrá trabajar en conjunto con las escuelas, iglesias, municipios, OSC locales, entre otros actores, para poder dar la atención anhelada. A tal fin, debería confeccionarse un registro de las entidades dispuestas a aplicar la metodología CONIN.
6. Crear una unidad de Educación Nutricional y control antropométrico para cada Centro de Desarrollo Infantil que permita mejorar los hábitos alimentarios de la población asistida y se derive al Centro CONIN más cercano los casos de Desnutrición.
7. Construir Centros de Recuperación para desnutridos graves, tal cual se realizó en Mendoza, en sitios estratégicos de nuestra nación. Fundación CONIN tiene actualmente uno sólo, mientras que Chile edificó para su política de estado 34 centros, llegando a tener una capacidad de 1600 camas. El Dr. Fernando Mönckeberg demostró que en aquellos, en comparación de los hospitales tradicionales donde se morían infectados, sucedía lo siguiente: la mortalidad del 28% bajaba en un 2,8%, el tiempo de internación de 3 meses disminuía a un mes, los reingresos de 4 por año (totalizando 120 días de internación) bajan a 0, porque se trabaja sobre la familia; y finalmente, el costo de 300 dólares día/cama (que es lo que vale internacionalmente hablando una capa hospitalaria) desciende a 30 dólares.
8. Usar como base de capacitación inicial, los Centros Modelo establecidos en la localidad de las Heras, Mendoza. Sin perjuicio de la movilidad física de las personas que componen los centros nombrados, allí se encuentra el núcleo intelectual, profesional y humano, que permitió hacer de CONIN un paradigma nacional e internacional a imitar.

9. Zonificar el territorio para establecer prioridades. Será trascendental tener el MDA cuanto antes, para poder racionalizar los recursos humanos y económicos de la forma más eficaz posible. No es un dato menor para avanzar con pasos sólidos, el hecho de identificar los factores gubernamentales y de la sociedad civil que operan en cada zona.
10. Promoveríamos firmar un pacto de todas las fuerzas políticas para la elaboración y tratamiento de un Proyecto de Ley que establezca los principios enunciados como Política de Estado. La Ley en pos de erradicar la desnutrición debe tener el mismo tenor (en cuanto a su arbitrariedad lógica) que alcanzó La Ley N° 26.075 de Financiamiento Educativo (LFE), que introduce mecanismos para la coordinación de la inversión sectorial entre los distintos niveles de gobierno con el objeto de que las erogaciones que la componen alcancen el 6% del Producto Bruto Interno (PBI). Sería loable asignar un porcentaje del PBI (hasta hace unos meses se invertía en Primera Infancia el 0,43%, ¿cuánto se podría hacer con 1,57%) que permitirá recibir recursos de los diversos actores implicados (infraestructura, salud, educación, desarrollo social, economía, entre otros), en esta cruzada por acabar con la vergüenza más grande de la República Argentina.
11. Igualmente, más allá de la estructura a crearse, es vital tener una sinergia activa desde el primer día con el Ministerio de Educación. Desde allí se han propuesto construir 3 mil jardines en todo el país, motivado en los 638.000 niños de entre 3 a 5 años que no asisten a jardines de infantes. Desde CONIN, siempre hemos propuesto una intervención que va desde 0 a 5 años. En ese período, además de combatir la desnutrición, estimulamos y educamos al niño con salas de jardín infantil, desde su primer año hasta los cinco años de edad. Proponemos idear un plan de acción conjunto, haciendo un uso eficiente de los recursos estatales, para abordar ambas problemáticas: la desnutrición y el déficit de infraestructura escolar para esos 638.000 niños.
12. Al igual que con el Ministerio de Educación, sería importante planificar en conjunto con los responsables del Plan Belgrano, necesario proyecto que se propone *la construcción de 150.000 viviendas sociales y los 100.000 créditos para compra y para alquileres subsidiados se complementará con obras de agua potable y cloacas, una rápida intervención en los lugares donde existe hambre, desnutrición y mortalidad infantil y materna altas. Ampliar la cobertura de la Asignación Universal por Hijo y universalizar un ingreso ciudadano*



*independientemente de la situación laboral de los padres, ya que el norte 250.000 chicos no reciben ese beneficio, construcción de 1400 Centros de Primera Infancia, similares a los que funcionan en la Ciudad de Buenos Aires y que permiten que los niños desde sus primeros días de vida reciban contención, estímulos y nutrición necesarios y se ampliará la cobertura de preescolar para los chicos de 3, 4 y 5 años y en todas las escuelas de la región habrá Internet para mayor acceso a la información, expansión de conocimientos y estimulación en la creatividad. Como queda claro, parte de sus objetivos, van en la misma dirección que los del Plan CONIN.*

13. Crear los mecanismos que otorguen poder y libertad suficiente para operar descentralizadamente a lo largo de la Argentina. Se debe legitimar un engranaje en el que se envíe a los dispositivos de atención CONIN a todos los niños menores de dos años con desnutrición, ya fuera desde los hospitales pediátricos o los detectados en los centros de atención primaria.
14. La plataforma Red Mundial CONIN, infraestructura tecnológica donada por Microsoft y llevada a la práctica por el Gobierno de Salta (su mantenimiento hoy está a cargo del Ministerio de la Primera Infancia), debe ser un eje de referencia a replicar, porque su funcionamiento a escala nacional, hará que los nuevos centros de CONIN a construirse puedan conectarse y empezar a cargar información de los niños a través de internet, como ya lo hacen los que integran la Familia CONIN actualmente. De esta forma, se podrá acceder desde cualquier sitio del mundo a la historia clínica y evolución de cada niño y embarazada que estén en programa dentro de un centro CONIN, lo que hará que las soluciones sean alcanzadas por visiones complementarias.

**Fuente:** Libro “Así se combate la Desnutrición”, Epilogo, pág.: 289 - 292

**ANEXO III**  
**COMPARACIÓN DE INDICADORES ECONOMICOS, DE SALUD Y**  
**DE EDUCACIÓN EN CHILE 1950 - 2012**

| <b>INDICADORES</b>   | <b>1950</b>             | <b>2012</b>                |
|--|-------------------------|----------------------------|
| <b><u>ECONOMICOS</u></b>   |                         |                            |
| INGRESO PER CAPITA   | 300 DÓLARES             | 18.345 DÓLARES             |
| EXPORTACIONES TOTALES  | 500 MILLONES DE DOLARES | 80.000 MILLONES DE DOLARES |
| <b><u>SALUD</u></b>  |                         |                            |
| MORTALIDAD INFANTIL PORCENTAJE BAJO PESO AL NACER: (MENOS DE 2500 KGS) | 150 x MIL NACIDOS VIVOS | 7 X MIL NACIDOS VIVOS      |
| EXPECTATIVA DE VIDA  | 23 %                    | 3 %                        |
| PORCENTAJE NIÑOS   | 38 AÑOS                 | 79 AÑOS                    |
| DESNUTRIDOS (0 – 5 AÑOS)   | 63 %                    | 0,5 %                      |
| <b><u>EDUCACION</u></b>  |                         |                            |
| ANALFABETISMO  | 23 %                    | 0,1 %                      |
| PROMEDIO AÑOS DE ESCOLARIDAD   | 2 AÑOS                  | 12 AÑOS                    |
| EDUCACIÓN PRIMARIA COMPLETA  | 35 %                    | 99 %                       |
| EDUCACIÓN SECUNDARIA COMPLETA  | 12 %                    | 72 %                       |
| ADMISION UNIVERSIDADES   | 2 %                     | 46 %                       |

Fuente: Fernando Monckeberg, "Desnutrición precoz y daño del capital humano", Revista Chilena de Nutrición.