



ORGANIZACIÓN UNIDAS

CEPAL

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

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



**UNICEF**

PROYECTO INTERINSTITUCIONAL DE POBREZA  
CRITICA EN AMERICA LATINA

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

RESTRINGIDO

E/CEPAL/PROY.1/R.25

E/ICEF/SIMP.7

Noviembre de 1979

ORIGINAL: ESPAÑOL

EL PROGRAMA DE CENTROS CERRADOS DE RECUPERACION NUTRICIONAL  
EN CHILE: UNA EXPERIENCIA CON LA MARGINALIDAD

Dr. Fernando Monckeberg y Dr. J.A. Riumalló, Consultores

Los autores pertenecen a la Corporación para la Nutrición Infantil, CONIN, en Chile, siendo el Dr. Fernando Monckeberg su Presidente. Las opiniones expresadas en este estudio son de la exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no representar las de las instituciones participantes en el Proyecto.



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

---

F. Monckeberg, J.A. Riumalló

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### LA CORPORACION PARA LA NUTRICION INFANTIL

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

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

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

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

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

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

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

#### Características de las Familias Atendidas por CONIN

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

sentan las características que se describen a continuación:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

comunicaciones.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Trabajo e Ingreso

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

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

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

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

Se observa en este cuadro la alta incidencia de trabajo ocasional, que sumado a los padres que se desempeñan en el Programa Plan del Empleo Mínimo (PEM) y trabajadores por cuenta propia no calificados y sin previsión, alcanza a un 54.7%. Las madres con trabajo ocasional es un 57.3%, sumadas las madres jefe de hogar con trabajo ocasional y las madres solteras con trabajo ocasional. Cabe destacar el 7.8% de padres 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 recurso, no constituiría una real solución por ser un trabajo mal remunerado, transitorio y sujeto a despidos repentinos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

otras personas en determinadas situaciones.

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

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

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

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

Es evidente entonces que un programa de recuperación integral del desnutrido grave debe incluir una serie de acciones dirigidas directamente al niño y entregados en un ambiente adecuado y al mismo tiempo otra serie de acciones destinadas a corregir aquellas condiciones que operando dentro de su grupo familiar actuaron como causa de desnutrición. La aplicación de un tratamiento de este tipo está fuera de los objetivos y va más allá de las posibilidades de los Hospitales Pediátricos que han asumido dicha responsabilidad a un alto costo, con pobres resultados y probablemente en desmedro del adecuado cumplimiento de otras funciones para las cuales si estan 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 contrae dentro del hospital nuevas infecciones intercurrentes y estas o la que motivaron su ingreso resultan en una alta mortalidad; uno de cada tres desnutridos graves que ingresan al Hospital fallecen. Los que son dados de alta después de solucionar su problema agudo (pero en general sólo parcialmente recuperados nutricionalmente) regresan a su hogar donde encuentran exactamente las mismas condiciones que motivaron su problema y no tardan en requerir de nuevas hospitalizaciones.

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

### Una Solución Alternativa

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

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

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

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

mortalidad (0% en centro y 29% en Hospital) y de morbilidad intercurrente de tipo infecciosa (0.3 episodios/niño en el Centro y 4.5 en el Hospital). Los niveles de recuperación obtenidos en los niños tratados en el Centro se mantuvieron después de un 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 (12). Casos de desnutrición primaria en lactantes, detectados a nivel del S.N.S son referidos a estos Centros para ser tratados por un equipo de salud que incluye médico, nutricionista, enfermera, educadora de párvulo, asistente social, auxiliares de enfermería y nutrición y trabajadores voluntarios. La actividad de dicho equipo de salud está orientada tanto a la recuperación del niño como de su grupo familiar. Las acciones directas sobre el niño se desarrollan en un ambiente físico que tiende a protegerlo de agentes agresores externos y en particular de infecciones y que al mismo tiempo, a través de una adecuada ambientación y ornamentación, mantiene una tónica constante de estimulación psicosenso-rial. En esto, los Centros son diametralmente diferentes de las salas convencionales de un Hospital Pediátricos. Las acciones directas sobre el niño incluye atención pediátrica general, alimentación adecuada y estimulación psicomotora permanente a través de actividades tanto individuales como grupales y a través de un ambiente de cariño y afecto creado por los miembros del equipo de salud y en particular entre ellos, por las trabajadoras voluntarias.

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

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

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

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

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

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

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

que constituyen poblaciones en alto riesgo de desarrollar desnutrición.

Estos cursos están destinados a mejorar las posibilidades de los padres para ingresar al mercado laboral. Es así como en 1978, alrededor de trecientas madres a 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 e Empleo (SENCE) y el Instituto Nacional de Capacitación Profesional (INACAP). La acción de capacitación de CONIN ha comprendido también cursos teóricos en alimentación, nutrición y planificación del presupuesto familiar y técnica culinaria. Estos cursos han estado dirigidos al sector de obreros industriales y sus cónyuges por considerar que en ellos existe, frente a un ingreso estable pero limitado, el riesgo de desnutrición infantil (28% de los niños que atendemos en los Centros del Área Metropolitana son hijos de obreros). Hasta el momento han participado en dichos cursos alrededor de 1.000 obreros del Área Metropolitana y sus cónyuges.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Evolución Estado Actual y Resultados Obtenidos

Finalizado el Proyecto Piloto hacia fines de 1976, el programa pasó a implementarse a nivel nacional y se ha extendido en el curso de los últimos 30 meses a una extraordinaria velocidad. Es así como de un total de 110 camas y tres Centros en funcionamiento a comienzos de 1977, a fines del primer semestre del mismo año se disponía de 300 camas y un total de 10 Centros funcionando en diferentes regiones del país. Hacia fines de 1977 se disponía de 15 Centros con una capacidad total instalada de 670 camas y actualmente se cuenta con 30 Centros y una capacidad total instalada de 1.200 camas. La proyección del Programa es alcanzar a fines de 1980 un total de 3 Centros con una capacidad total instalada de 1.500 camas.

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

En términos de recuperación nutricional los resultados obtenidos van mucho más allá de lo que podría esperarse para la gravedad de los casos que se tratan en los Centros. Si se excluye del total de egresos aquellos casos que corresponden a desnutrición secundaria y aquellos que son retirados prematuramente por sus padres, el porcentaje de recuperación es de un 95%. Con respecto a la mortalidad observada en el tratamiento entregado en los Centros, ella ha sido de tan sólo un 5% de los egresos y sólo de un 3% sobre el total de niños que han ingresado hasta ahora a los Centros. Dicha mortalidad es 10 veces menor que la observada con tratamiento tradicional en Hospitales Pediátricos. Desde el punto de vista de su desarrollo psicomotor la generalidad de los niños muestran avances significativos durante su estadía en los Centros y este progreso continúa posteriormente en su hogar. Este hecho más el que sólo un 2% de los niños egresados recuperados requieran reingreso a los Centros por haber recaído en formas severas de desnutrición, mientras que en la inmensa mayoría de los casos continúan un crecimiento y desarrollo normal después del alta, indican claramente la efectividad del trabajo que se realiza con el grupo familiar de estos niños a pesar de las limitaciones de recursos existentes. Esta impresión es confirmada por un estudio de 200 casos de egresos recuperados de dos Centros del Área 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.

### Conclusiones

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

## Bibliografía

- 1.- Galofré, F.: Pobreza y los primeros años de la niñez. Situación en América Latina y el Caribe. CEPAL/Proy. 1/19, Agosto 1979.
- 2.- Monckeberg, F.: Jaque al Subdesarrollo. Ed. Gabriela Mistral. 3ª edición, 1976.
- 3.- Monckeberg, F.: Daño Sociogénico Producido por la Miseria. Nutrición, Educación y Salud. 9-16. Conpan-Dpto. de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. 1976.
- 4.- Monckeberg, F.: La desnutrición en el niño y sus consecuencias. Revista del Centro de Estudios Educativos de México, 3:61, 1973.
- 5.- Monckeberg, F.: Estrategia para los niveles de marginalidad absoluta. Informe de CONIN, Santiago-Chile, Vol. 3, 1979.
- 6.- Servicio Nacional de Salud, Chile. Anuario Estadístico. Atenciones y Recursos, 1975.
- 7.- CONIN, Características socio económicas de las familias con desnutridos graves. Informe CONIN, Vol. 1, 1977.
- 8.- Planteamiento General del Trabajo Social en CONIN, Rev. Escuela Trabajo Social, Univ. Católica de Chile. Nº 28: 35, 1979.
- 9.- CONIN, Planteamiento general para un programa de servicio social de CONIN. Informe CONIN. Vol. 3, 1979.
- 10.- CONIN, Programa de trabajo social del servicio social de CONIN para 1979. Informe CONIN, Vol. 3, 1979.
- 11.- Monckeberg, F.: Recovery of Severe Marasmic Malnutrition, NIH Meeting, Washington D.C. 1978.
- 12.- Riumalló, J.: El programa de centros cerrados de recuperación nutricional en Chile. Symposium de Políticas de Alimentación y Nutrición, Srgo. Chile, 1978.
- 13.- Cortese, P.: Huertos Familiares, Rev. Creces, 3:20, 1979.
- 14.- Schlesinger, L.: Experiencia en saneamiento ambiental en una población marginal de Santiago, Symposium de Políticas de Alimentación y Nutrición, Stgo. Chile, 1978.