

MORTALIDAD INFANTIL Y ATENCIÓN MÉDICA

Los autores de este trabajo frente al problema representado por los fallecimientos de menores sin atención médica en el Área Norte de Salud de Santiago, se plantearon diversas interrogantes: ¿estaban los niños en control? - ¿tenían derechos previsionales? - ¿estaba presente la desnutrición infantil? - ¿de qué mueren esos niños con mayor frecuencia? y ¿qué actitud asumían los padres frente a una muerte generalmente evitable?

Las conclusiones del estudio, además de aportar muchos datos específicos importantes a cada uno de los rubros señalados, permiten deducir que es impostergable efectuar una investigación más amplia que posibilite el estudio de la cobertura y eficiencia de la atención médica, así como de los factores socio-antropológicos relacionados con la enfermedad y muerte de la población infantil.

Estudio de defunciones infantiles sin certificación médica en el Área Hospitalaria Norte de Santiago 1966 - 1967

Dr. ALFREDO PATRI M. *
Dr. GIORGIO SOLIMANO **
Sra. RAQUEL FLEISHMAN ***

I. INTRODUCCION.

La legislación chilena prohíbe inscribir en el Registro Civil las defunciones e inhumaciones de cadáveres si no se justifica previamente las causas del fallecimiento mediante un certificado del médico que lo asistió en la última enfermedad. A falta de éste, corresponderá extender dicho certificado al Servicio Nacional de Salud. (Art. 141 Código Sanitario).

A falta de certificación médica, la verificación del fallecimiento se establecerá mediante la declaración de dos o más testigos, rendida ante el Oficial del Registro Civil o ante cualquiera autoridad judicial del lugar en que haya ocurrido la muerte. (Art. 142 Código Sanitario).

La primera disposición se aplica en las ciudades o sitios con atención médica permanente y la segunda, en los sectores rurales sin atención médica permanente y distantes de los Centros Asistenciales.

De tal manera que, en Santiago como en cualquier ciudad, a falta de médico tratante, es el Servicio Nacional de Salud, representado por

los Directores de Establecimientos Base de Programas de Salud, o por quien ellos deleguen, los que deben otorgar estos certificados.

Esta circunstancia ha conducido a los médicos de los Servicios de Urgencia a no otorgar certificados de defunción, aún habiendo prestado atención médica, a quienes fallecen posteriormente en sus domicilios e igual cosa ocurre con los Consultorios Distritales o Periféricos, si el enfermo no se atendió en ellos menos de 48 horas antes de la muerte o si el diagnóstico registrado en la ficha clínica no aparece como la causa presumible de su defunción.

Esto condiciona en muchas oportunidades un largo peregrinar por parte de los familiares, en busca de quién solucione su problema.

* Subdirector Hospital de Niños Roberto del Río, Ayudante Programa Infantil Área H. Norte.

** Departamento de Pediatría Hospital Roberto del Río, Departamento de Salud Pública y Medicina Social, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

*** Matrona Departamento de Salud Pública y Medicina Social, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Por esta razón, en el Area Hospitalaria Norte de Santiago, se ha dispuesto la certificación de estas defunciones por el Médico Director del Hospital Base, para los adultos y por la Jefatura del Programa de Atención Infantil, para los menores de 15 años.

Hay que dejar constancia que para los efectos del registro estadístico de las defunciones, estas certificaciones médicas, no efectuadas por un médico tratante, aún cuando se haya tenido a la vista los antecedentes clínicos existentes, son considerados como certificaciones en base a testigos.

La práctica de uno de nosotros en esta labor, sugirió la idea de que podría constituir un valioso elemento de juicio para contestar una serie de interrogantes relacionadas con el panorama de salud infantil en el Area Hospitalaria Norte de Santiago. Estas interrogantes fueron las siguientes:

1. Los niños fallecidos, ¿estaban en control en los Consultorios Distritales o Périfericos?

2. Los que no estaban, ¿en qué proporción debían estarlo de acuerdo con sus derechos previsionales?

3. ¿En qué magnitud estaba presente la desnutrición infantil entre los niños fallecidos?

4. ¿De qué se mueren con mayor frecuencia estos niños?

5. ¿Qué actitud tienen los padres frente a estas muertes, que en general parecerían evitables?

La búsqueda de una respuesta a estas interrogantes, que en cierto modo es una manera de medir la eficiencia de un programa de Atención Infantil, condujo a este estudio, como una primera exploración para un análisis más profundo de aquellos aspectos que parecieran más significativos o presentarían mayor interés.

II. OBJETIVOS

1. Describir algunas características relacionadas con la familia y la atención médica de un grupo de niños fallecidos en el período comprendido entre el 1º de julio de 1966 y el 30 de junio de 1967, cuya muerte fue certificada por el Ayudante del Programa de Atención Infantil del Area Hospitalaria Norte de Santiago.

1.1 Características de la familia en cuanto a:

1.1.1. Nivel socio-económico.

1.1.2. Estabilidad de la unión de los padres del fallecido.

1.1.3. Edad de la madre.

1.1.4. Persona que cuidaba del fallecido.

1.1.5. Actitud de los padres frente a la muerte del niño.

1.1.6. Algunos hechos vitales de la familia.

1.1.7. Calidad de residente o migrante de las madres.

1.2 Características de la atención médica.

1.2.1. Caracterización de las familias según sus derechos a atención médica.

1.2.2. Relación de la familia con la atención médica: En el parto, en la inscripción en el Consultorio y su precocidad y, lapso entre la muerte y la última atención.

2. Conocer las presuntas causas de muertes y relacionarlas con el peso de nacimiento y estado nutritivo del niño en el momento de fallecer.

III. METODOLOGIA

1. El universo en estudio lo constituye todas las familias que solicitaron el certificado médico de defunción para la sepultación de un niño a la Jefatura del Programa de Atención Infantil, en el período comprendido entre el 1º de julio de 1966 y el 30 de junio de 1967.

2. La muestra corresponde a 112 familias a las que se les otorgó el certificado, previa eliminación de aquellos casos en que la certificación fue hecha por médicos que reemplazaron al ayudante del Programa de Atención Infantil durante su ausencia (feriado legal, enfermedad, etc.), lo que significa una mayor uniformidad en el registro de los datos*.

3. El instrumento utilizado para recoger la información fue una ficha-encuesta diseñada especialmente, en la cual el médico certificador registraba la información. Esta se obtuvo a través de:

a) Preguntas directas a los padres del fallecido;

b) Peso del cadáver para evaluar su estado nutritivo;

c) Documentos e información proporcionados por los Consultorios Distritales o por el Hospital.

4. El lapso entre la muerte del niño y el registro de la información nunca fue mayor de 48 horas y la encuesta fue siempre llenada en el momento de extender el certificado médico de defunción.

5. La tabulación se efectuó en forma manual y el análisis es de carácter descriptivo.

* Si consideramos que en 1967, en el Area Hospitalaria Norte de Santiago, se produjeron 840 muertes de menores de 1 año, de las cuales 125 no fueron certificadas por médico tratante, la muestra de 112 muertes producidas durante el 2º Semestre de 1966 y el 1er. Semestre de 1967, representan aproximadamente el Universo descrito (89,6%).

IV. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y DE SALUD DEL AREA HOSPITALARIA NORTE DE SANTIAGO

El Area Hospitalaria Norte constituye una de las Areas de Salud de la V Zona del Servicio Nacional de Salud, que engloba la Provincia de Santiago.

Con una superficie de 2.290 Km²., se extiende desde la ribera norte del Río Mapocho, hasta el límite Sur de la Provincia de Aconcagua y desde el límite oeste del Area Hospitalaria Oriente de Santiago al límite este de la Provincia de Valparaíso.

Se distinguen en ellas tres sectores bastante bien diferenciados a saber:

—Un sector urbano, con una superficie de 13 Km²., que forma parte de la Comuna de Santiago, sector residencial, antiguo.

—Un sector rur-urbano, con una superficie de 291,7 Km²., formado por la urbanización de suburbios de Santiago y de sectores rurales, de predominio obrero, con restos de superficies agrícolas, que comprende las comunas de Renca y Conchalí.

—Un sector rural con una superficie de 1985,3 Km²., fundamentalmente agrícola-charcarero y en menor proporción minero, que comprende las comunas de Quilicura, Lampa, Til-Til y Colina.

1. Población.

Su población estimada para 1967 por el SNS, fue de 578.526 habitantes, distribuidos por grupos etarios y por residencia, en la forma que se señala en el Cuadro N° 1.

CUADRO N° 1
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRUPOS ETARIOS SEGUN RESIDENCIA, AREA HOSPITALARIA NORTE
Santiago, 1967

Edad	Sector urbano		Sector rur-urbano		Sector rural		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
— de 1 año	5.969	3,6	10.881	2,8	1.426	3,1	18.276	3,1
1 año	6.931	4,2	12.636	3,2	1.656	3,6	21.223	3,7
2— 6	27.722	16,4	50.549	13,0	6.620	14,3	84.891	14,7
7—14	33.693	18,6	61.428	18,8	8.046	17,5	103.167	17,8
15 y más	112.214	57,2	210.524	63,1	28.231	61,4	350.969	60,7
Total: Nº	186.529	100,0	346.018	100,0	45.979	100,0	578.526	
%	32,6		59,4		8,0			100,0

Se observa que la población es joven. Los menores de 15 años son 227.557 y corresponden al 39,3% de la población total. Esta circunstancia, asociada al alto porcentaje de beneficiarios legales del Servicio Nacional de Salud (70%), pone de manifiesto la importancia de las acciones de salud en el Area, especialmente las del Programa de Atención Infantil.

Por otra parte la mayoría de la población (92%) reside en los sectores urbano y rur-urbano. La gran dispersión del resto de la población (sector rural) dificulta las acciones de salud, como se muestra en el Cuadro N° 2.

CUADRO N° 2
DISTRIBUCION DE POBLACION Y DENSIDAD, AREA H. NORTE, 1967

Sector	Población	Km ²	Nº hbs. Km ²
Urbano	186.529	13	1.434
Rur-urbano	346.018	291,7	1.186
Rural	45.979	1.985,3	20
Total	578.526	2.290,0	252

2. Vivienda.

En 1967 existían en el Area Hospitalaria Norte 90.271 viviendas. Predomina la vivienda baja. La construcción es en general de tipo sólido. Hay veinte poblaciones marginales con un total de 1.513 viviendas (1,6%).

3. Saneamiento ambiental.

El Area muestra dos aspectos diferentes en lo que a saneamiento se refiere. En el sector urbano se cumple con los requisitos elementales del saneamiento ambiental. En el sector rur-urbano, la vivienda surgió antes de la extensión de redes de agua y alcantarillado públicos, satisfaciéndose sólo en un 50% con sistemas particulares. En el sector rural, el 80% de las viviendas tiene agua potable con el plan BID (Banco Internacional de Desarrollo) y un 15% tiene instalado sistemas particulares de disposición de excretas.

Además de contar con la Vega Central, en deplorables condiciones de higiene, existen 22 caballerizas para fina sangre en el sector urbano (Hipódromo Chile) y 92 en el sector rural-urbano (caballos de tiro), con la consiguiente pululación de moscas.

4. Nivel y Estructura de Salud.

4.1 Natalidad.

Se observa en el Area H. Norte una tendencia sostenida al descenso desde 1962, con sus tasas más altas en el sector rural (Cuadro N° 3).

CUADRO N° 3

TENDENCIA DE LA NATALIDAD. AREA HOSPITALARIA NORTE. 1962-1967

	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Area Norte	37,7	35,6	31,1	28,4	23,5	24,8
Recoleta	36	29	26	26	20	17,6
Independencia	27	25	26	21	16	15,6
Conchalí	42	41	33	30	25	28,9
Renca	42	39	38	31	27	26,0
Quilicura	51	54	53	49	35	31,6
Til-Til	36	33	30	26	26	20,4
Colina	48	38	36	35	31	27,2
Lampa	41	45	41	37	39	37,8
CHILE	36,1	35,8	35,4	34,1	31,9	29,2
SANTIAGO	—	—	32,8	30,6	28,1	25,8

4.2 Mortalidad Infantil.

Se observa una tendencia al descenso de la mortalidad infantil, como puede apreciarse en el Cuadro N° 4.

CUADRO N° 4

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL. AREA H. NORTE. 1962-1967

Años	MORTALIDAD			
	Neo Natal N°	Tasa	Infantil N°	Tasa
1962	438	28,8	1.194	78,4
1963	461	31,0	1.120	75,4
1964	464	32,0	1.256	86,6
1965	403	28,6	976	69,2
1966	374	28,6	987	75,5
1967	302	23,9	843	66,9

Las tasas antes mencionadas presentan variaciones analizadas por Circunscripciones como puede apreciarse en el Cuadro N° 5.

CUADRO N° 5
MORTALIDAD INFANTIL POR CIRCUNSCRIPCIONES. AREA H. NORTE. 1967

CIRCUNSCRIPCIONES	MORTALIDAD			
	Neo Natal N°	Tasa	Infantil N°	Tasa
Recoleta	18	27,0	35	52,5
Independencia	67	40,0	137	81,8
Conchalí	147	21,3	454	65,8
Renca	36	17,8	119	59,0
Quilicura	10	31,1	67	74,5
Til-Til	3	12,3	11	45,1
Colina	11	24,2	34	74,9
Lampa	10	29,8	29	86,5
Total	302	23,9	843	66,9

4.3 Desnutrición Infantil.

No se conoce la magnitud de la desnutrición infantil de toda el Area Hospitalaria Norte y los datos de que se dispone corresponden exclusivamente a los párvulos bajo control en los Consultorios Periféricos, que representan el 45,7% de la población parvularia total (de 0 a 6 años).

CUADRO N° 6

ESTADO NUTRITIVO DE LOS PARVULOS BAJO CONTROL EN LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS DEL AREA HOSPITALARIA NORTE. 1967

EDAD	Pobl.	Pobl. Beneficiaria (70%)	Bajo Control	Desnutridos N°	%
—1 año	18.276	12.793	9.954	991	10,0
1 año	21.223	14.856	10.626	1.789	16,0
2-6 años	84.891	59.423	36.339	3.682	10,1
Total	124.390	87.072	56.919	6.462	11,3

La población beneficiaria corresponde al 70% de la población total y los párvulos bajo control representan el 65,3% de la población beneficiaria y sólo el 45,7% de la población parvularia total.

Considerando la población parvularia bajo control, existe un 11,3% de niños con desnutrición de distintos grados en el Area Hospitalaria Norte de Santiago.

V. RESULTADOS Y COMENTARIOS

A continuación se describen algunas características de las familias estudiadas*.

* La muestra consistió en 112 niños fallecidos por distintas causas. El 76,8% de ellos eran niños de 1-11 meses de edad, el 16% de 1-28 días y el 7,2% de 1-5 años.

1. Nivel socio-económico.

Se midió a través de algunos indicadores, en su mayoría relacionados con vivienda y escolaridad de la madre.

El 59,7% de las familias de la muestra vivía en "callampas"*, viviendas de emergencia y poblaciones obreras definitivas, el 17,9% en conventillos** y el 21,4% en casas sólidas independientes.

El nivel de hacinamiento se midió a través del número medio de personas por cama.

El 46,4% de la muestra arrojó un promedio de más de 2 personas por cama y el 53,6% un promedio de 2 personas o menos.

En cuanto a servicios, el 72,5% utiliza pozos negros y sólo el 27,5% posee alcantarillado; el 50% posee instalación de agua potable y el 71,4% utiliza kerosene, leña, carbón u otros combustibles en la cocción de alimentos.

CUADRO Nº 7

ESCOLARIDAD DE LA MADRE DEL FALLECIDO PARA LOS 112 CASOS DE MUERTE SIN CERTIFICACION POR MEDICO TRATANTE. AREA H. NORTE. SANTIAGO. 1966-1967

Escolaridad	Nº de madres	%
Analfabeta y hasta 3er. año primario	33	29,5
4º a 6º año primario	54	48,2
Enseñanza Secundaria	24	21,3
Enseñanza Universitaria	1	1,0
TOTAL	112	100,0

El 69,5% de las madres posee una instrucción de 4º año primario o más.

CUADRO Nº 8

PREVISION SOCIAL DE LAS FAMILIAS PARA LOS 112 CASOS SIN CERTIFICACION POR MEDICO TRATANTE. AREA H. NORTE. SANTIAGO. 1966-1967

Tipo de Previsión	Nº de familias	%
Con previsión obrera	69	61,6
Sin previsión (indigente: 1 salario vital o menos)	22	19,6
Sin previsión (más de 1 salario vital)	5	4,5
Otra previsión (Empleado, Fuerzas Armadas, Policía)	16	14,3
TOTAL	11	100,0

El 81,2% de la muestra corresponde a beneficiarios del Servicio Nacional de Salud.

2. Estabilidad de la unión de los padres del fallecido.

El 86,7% de las parejas mantenía una unión estable, como casados o convivientes.

3. Edad de la madre del fallecido.

CUADRO Nº 9

EDAD DE LAS MADRES PARA 112 CASOS SIN CERTIFICACION POR MEDICO TRATANTE. AREA H. NORTE. SANTIAGO, 1966-1967

EDAD	Nº de madres	%
Menos de 20 años	26	23,2
20 a 29 años	58	51,8
30 a 39 años	22	19,5
40 o más años	5	4,5
Sin datos	1	1,0
TOTAL	112	100,0

Del cuadro anterior se concluye que el 75% de los niños fallecidos eran hijos de madres jóvenes (29 años o menos).

4. Residencia de las madres.

Analizada la calidad de residente urbano de la madre, el 50,9% nació en la ciudad de Santiago y el resto proviene de distintos puntos del país.

El cuadro siguiente muestra el tiempo de residencia en la Comuna de Santiago y en el Area de Salud correspondiente.

CUADRO Nº 10

CALIDAD DE RESIDENTE DE LAS MADRES RESPECTO A LA COMUNA DE SANTIAGO Y EL AREA DE SALUD CORRESPONDIENTE PARA LOS 112 CASOS DE MUERTES SIN CERTIFICACION POR MEDICO TRATANTE. AREA H. NORTE. SANTIAGO, 1966-1967

Tiempo de residencia	En Santiago		En el Area de Salud	
	Nº	%	Nº	%
Menos 1 año	10	9	29	25,9
1 a 5 años	20	17,1	28	25,0
más de 5 años	82	73,2	55	49,1
TOTAL	112	100,0	112	100,0

* *Viviendas callampas*: son casuchas generalmente construidas clandestinamente por sus moradores en terrenos ajenos. Se caracterizan por la diversidad de materiales empleados, la mayoría de desecho. Constituyen a veces importantes agrupaciones que han planteado serios problemas de urbanización y saneamiento.

** *Pieza de conventillo*: característica de todas las ciudades americanas con diferente denominación. Esta constituida generalmente por un sólo cuarto que aprovecha servicios higiénicos comunes.

Ref.: Primer Censo Nacional de Viviendas, 1952.

5. Algunos hechos vitales de las familias.

El número medio de nacidos vivos por madre es de 3,1 y el de fallecidos 1,1 incluyendo el caso en estudio.

El número medio de hijos vivos en el momento de realizarse la encuesta fue de 2.

Según el orden de paridad de los niños fallecidos, en el 69,6% era el último niño y en el 30,4% correspondió a otro orden.

En el 91% de los casos, el niño era cuidado directamente por su madre, en el 7,1% lo hacían otros parientes y sólo en el 1,8% de los casos era por "otros" (vecinos o guardería).

6. Actitud de los padres frente a la muerte del niño.

El certificado de defunción se otorgó siempre a uno de los padres del fallecido, existiendo la posibilidad en ese momento de percibir la actitud o carga emocional que éstos revelaron, registrada no más de 48 horas después de ocurrida la muerte.

Los afectados representaban el 62,5% de la muestra, distinguiéndose desde los resignados, que aceptaban el hecho sin rebelarse, justificándolo en cierto modo, los que demostraban pena, exteriorizándola mediante llanto, aflicción o abatimiento, hasta los que revelaban estupor.

Los clasificados en el grupo de no afectados representaban el 37,5% de la muestra destacándose los indiferentes que parecían no dar trascendencia al hecho.

7. Características de la atención médica en el grupo de niños fallecidos.

El 88,5% de los partos correspondientes a estos niños fue atendido en hospital y sólo el 9,8% se realizó sin atención profesional.

El 81,2% de los niños tenía derecho a atención médica en el Servicio Nacional de Salud y el 14,3% en otras Instituciones.

CUADRO Nº 11

LAPSO ENTRE LA ÚLTIMA ATENCIÓN MÉDICA Y LA MUERTE. EN 112 CASOS DE MUERTE SIN CERTIFICACION POR MEDICO TRATANTE. AREA H. NORTE DE SANTIAGO. 1966-1967

Lapso	Nº	%
Con atención (menos de 48 horas)	17	15,2
Con atención (2 a 14 días)	17	15,2
Sin atención	78	69,6
TOTAL	112	100,0

Hay que hacer notar que aún cuando el 58,9% de los niños estaba inscrito en Consultorios y de éstos el 50% antes de los 15 días de edad, el 69,6% no haya concurrido a solicitar atención médica antes del fallecimiento, sobre todo si se considera que sólo el 6,2% de las muertes obedece a causas accidentales.

Las respuestas dadas por los padres para la falta de atención médica antes del fallecimiento del niño aparecen en el Cuadro Nº 12.

CUADRO Nº 12

RESPUESTAS DADAS POR LOS PADRES RESPECTO A LA FALTA DE ATENCIÓN MÉDICA PREVIA AL FALLECIMIENTO DEL NIÑO. EN 112 CASOS DE MUERTE SIN CERTIFICACION POR MEDICO TRATANTE. AREA H. NORTE SANTIAGO. 1966-1967

Respuestas	Nº	%
No consultó médico y llegó al Servicio de Urgencia con el niño muerto	41	36,6
Lo encontró muerto	27	24,1
No consultó en ningún momento	23	20,6
Lo llevó al Servicio de Urgencia, le indicaron tratamiento, pero falleció	13	11,6
No lo atendieron o no lo hospitalizaron por falta de cama	6	5,4
Otras razones	2	1,8
TOTAL	112	100,0

El análisis de este Cuadro plantea la necesidad de conocer mejor las relaciones existentes entre las características de la enfermedad, la preocupación de los padres y el enfoque de los servicios médicos frente a la enfermedad del niño y su eventual riesgo de muerte.

8. Presuntas causas de muerte.

El médico certificador planteó el diagnóstico muchas veces basado en la ficha del Consultorio u Hospital donde fuera atendido el niño por la última enfermedad o en circunstancias anteriores, y, por la anamnesis que se recogió de los padres. Otras veces, basado exclusivamente en los datos proporcionados por estos últimos (recuérdese que el 40% de los niños no estaba inscrito en Consultorio).

Para efectuar este análisis, las causas de muerte fueron agrupadas como se señala en el Cuadro Nº 13.

CUADRO Nº 13

PRESUNTAS CAUSAS DE MUERTE EN 112 NIÑOS FALLECIDOS SIN CERTIFICACION POR MEDICO TRATANTE EN EL AREA HOSPITALARIA NORTE DE SANTIAGO. 1966 - 1967.

<i>Clasificación internacional de Enfermedades. Revisión 1965</i>	<i>Causas</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
B 32 (480-486)	Neumonías	53	47,3
B 4 (008-009)	Diarreas agudas	27	24,1
B 14 (055)	Sarampión	8	7,1
BE 48 (E800-E807)- E825-949)	Demás accidentes	6	5,3
B 45 (780-796)	Síntomas y estados morbosos mal definidos	5	4,5
B 46 ((240-738)	Todas las demás enfermedades	4	3,6
B 44 (760-763-769- 771-773-775-777- 779)	Otras causas de mortalidad perinatal	3	2,7
B 42 (740-759)	Anomalías congénitas	3	2,7
B 43 (764-768-772- 776)	Lesiones al nacer. Partos distócicos	1	0,9
B 11 (036)	Infecciones meningocócicas	1	0,9
B 22 (260-269)	Avitaminosis y otras deficiencias de nutrición	1	0,9
TOTAL		112	100,0

9. *Niños de bajo peso de nacimiento según presuntas causas de muerte.*

El 28,6%, o sea, 32 niños, presentaron un peso de nacimiento inferior a 2.500 gramos, falleciendo el 27,3% por diarrea y el 12,5% por sarampión.

Esto significa que uno de cada tres niños fallecidos en este grupo tenía un peso de nacimiento inferior a 2.500 gramos.

10. *Estado nutritivo en el momento de fallecer.*

El estado nutritivo del niño se definió por el peso, de acuerdo a los patrones vigentes en el Servicio Nacional de Salud, esto es, si el niño al momento de fallecer tenía un peso normal o poseía un déficit ponderal. Para ello, muchos de los casos cuyos pesos no fueron registrados con anterioridad a la muerte, fueron diagnosticados mediante el pesaje del cadáver.

Se consideró como desnutrido al niño que habiendo nacido con un peso de 2.500 gramos o más, tuviese en el momento de la muerte un déficit ponderal de 10% o más, del esperado para su edad.

Los niños de bajo peso de nacimiento que durante los 6 primeros meses de vida presentaron déficit ponderal, fueron clasificados sólo en

esta categoría, excluyéndose del grupo de desnutridos.

El 54% de los niños fue calificado como eutróficos y el 44% como desnutrido. Sólo en el 1,9% de los casos se ignoró el peso.

Analizando las diferencias respecto a las presuntas causas de muerte encontradas entre los niños que al momento de fallecer fueron calificados de desnutridos o eutróficos, vemos que éstas no son estadísticamente significativas. Pero el pequeño tamaño de la muestra y el grado de imprecisión con que el médico certificador se vio obligado a fundamentar los diagnósticos, nos impiden sacar mayores conclusiones al respecto.

11. *Estado nutritivo del niño y condición de la vivienda en el momento de fallecer.*

Se estudió además la posibilidad de que existiera relación entre el estado nutritivo al momento de fallecer el niño y la condición de la vivienda.

Esta última característica se midió utilizando los siguientes indicadores:

—Tipo de vivienda: conventillo, "callampa", casa de barrio.

—Hacinamiento medido a través del promedio de personas por cama.

—Existencia de agua potable y alcantarillado.

CUADRO Nº 14

ESTADO NUTRITIVO DE 112 NIÑOS AL MOMENTO DE FALLECER Y PRESUN-
TAS CAUSAS DE MUERTE. AREA H. NORTE SANTIAGO. 1961-1967

Estado nutritivo	Causas de muerte	Neumonías	Diarreas agudas	Sarampión	Otras	Nº	TOTAL %
	Nº	30	12	3	16	61	54,4
Eutróficos	%	49,2	19,7	4,9	26,2	100,0	
	Nº	23	15	5	6	49	43,8
Desnutridos	%	46,9	30,6	10,2	12,3	100,0	
	Nº	—	—	—	2	2	1,8
Se ignora	%	—	—	—	1,0	100,0	
	Nº	53	27	8	24	112	
TOTAL	%	47,3	24,1	7,1	21,4		100,0

$$X_E^2 + X_D^2 = 5,06$$

$$X^2 = 7,82; \text{ no es significativo al } 5\% *.$$

3 0,5

—Tipo de combustible usado para la cocción de los alimentos: kerosene, gas, leña, carbón, aserrín, etc.

Se consideró vivienda en mala condición, si no poseía agua ni alcantarillado, si generalmente se utilizaba para preparar los alimentos carbón, leña o aserrín, si el tipo de vivienda correspondía a conventillo o "callampa", y si el promedio de personas por cama era más de dos.

Se estimó vivienda aceptable al tipo de casa de barrio, de construcción sólida, que poseía agua y alcantarillado, cuyo promedio de personas por cama no excedía de dos y donde generalmente se preparaban los alimentos utilizando gas o electricidad.

Las diferencias encontradas entre niños eutróficos y desnutridos no son estadísticamente significativas, pero, llama la atención que el 70,5% de la muestra poseía viviendas malas o regulares y sólo el 27,6% aceptables, de acuerdo a las definiciones previamente dadas.

VI CONCLUSIONES

1. Se estudiaron algunas características familiares y de la atención médica en 112 niños fallecidos sin certificación por médico tra-

* La prueba de significación estadística da un 95% de confianza con grado 2 ó 3 de libertad según el caso.

tante en el Area Norte de Santiago, en el 2º semestre de 1966 y 1er. semestre de 1967. Se pretendió además, conocer las presuntas causas de muerte y su relación con el peso de nacimiento y estado nutritivo del niño en el momento de fallecer.

- El 95,5% de los niños fallecidos pertenecía a familias con derecho a atención médica, de acuerdo a su previsión y de ellas, el 81,2%, a ser atendidos en el Servicio Nacional de Salud. Pero sólo el 58,9% de estos últimos estaba inscrito en Consultorios periféricos u Hospital.
- Sin embargo, el 69,6% no tuvo atención médica en su última enfermedad y sólo un 30,4% tuvo algún contacto con el Consultorio en un plazo inferior a 15 días del fallecimiento.
- Respecto a las presuntas causas de muerte, el 47,3% fueron neumonías, el 24,1% diarreas y el 7,1% sarampión, lo que representa el 78,5% del total.
- En 1 de cada 3 niños (28,6%) el peso de nacimiento fue inferior a 2.500 gramos.
- El estado nutritivo en el momento de fallecer, fue catalogado como normal en el 54,5% y con déficit ponderal de distinta magnitud en el 43,8%.
- La actitud de los padres, captada por el entrevistador a través de la apreciación de la carga afectiva frente a la muerte del niño, arroja un 38% de padres aparentemente no afectados por el hecho.
- Considerando el alto porcentaje de atención profesional del parto (88,5%), el alto porcentaje de beneficiarios de algún tipo de atención médica (95,5%) resulta sorpren-

dente que el 70% de estos niños no haya tenido una atención médica oportuna y/o eficiente.

- 9 Los resultados de este estudio se estiman preliminares y se hace necesaria una mayor profundización, con metodologías propias, que posibilite el estudio de la cobertura y eficiencia de la atención médica, así como de los factores socio-antropológicos relacionados con la enfermedad y la muerte de la población infantil.

Agradecemos a la Srta. Carolina Hernández, Secretaria de la Dirección del Departamento de Salud Pública y Medicina Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, su colaboración en la tabulación de los datos.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Decreto N° 725, Ministerio de Salud, 31 enero 1968 (Código Sanitario). Diario Oficial de la República de Chile N° 26.956.
2. Goode, William J. y Hall, Paul K. "Métodos de Investigación Social", Mc Gaw-Hill Book Company, Inc. 1967.
3. Anuario Estadístico del Area H. Norte de Santiago, V Zona de Salud.
4. Anuario Estadístico, V Zona de Salud, 1967.
5. Primer Censo Nacional de Vivienda, 1952.
6. Análisis de las etapas de planificación y de presupuesto por programa y estudio de recursos médico-asistenciales del Programa Infantil en el Hospital de Niños Roberto del Río y en sus tres consultorios Periféricos del Area Hospital Norte. Curso de Planificación en Salud. Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile. 1967. Grupo de Trabajo.
7. Clasificación Internacional de Enfermedades, revisión, 1965.
8. Anuario de Defunciones y Causas de Muerte, SNS, 1967.