

**EVALUACION DE ACTIVIDADES
DEL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO
Y DEL ADOLESCENTE A NIVEL LOCAL**

Dra. Inés Salas D. ()*
*Srta. Midori Sawada T. (**)*
*Srta. Alejandra Sagovia D. (**)*
*Sr. Renzo Tassara O. (**)*
*Sr. Patricio Venegas P. (**)*
*Sr. Salvador Roselló L. (**)*
*Sr. Claudio Riquelme A. (**)*

Evaluar la atención médica significa formular juicios sobre determinados objetos y acontecimientos por comparación con patrones especificados con el fin fundamental de aportar información para decidir entre diversas posibilidades de acción (1).

El proceso de evaluación de la atención médica es básico para mejorar su eficiencia y eficacia y debiera ser relevante en los establecimientos de salud del nivel local, encargados de proporcionar atención primaria a la población. Es una herramienta de vital importancia para enfrentar uno de los grandes problemas actuales de la atención médica, cual es, el enarecimiento progresivo que ha experimentado y que obliga a un uso óptimo de los recursos de salud (2), (3).

Dentro de los Programas de las Personas elaborados por el Ministerio de Salud en el país, uno de los que tiene más trayectoria y prioridad, es el Programa de Salud del Niño y del Adolescente (4), que ha sido eficaz, junto a otros factores, para reducir indicadores de morbimortalidad de la población infantil. Es así como, en la última década, la tasa de mortalidad infantil ha descendido de 79,3 por 1000 nacidos vivos en 1970 a 31,8 por 1000 nacidos vivos en 1980 (5). El programa de Salud del Niño y del Adolescente (PSNA), plantea aspectos de política de salud infantil, objetivos, estrategias y actividades a efectuar en los diversos niveles de atención médica (4). La versión 1982 del

PSNA carece de una sección de control y evaluación, y en las versiones previas, la evaluación propuesta era muy rudimentaria, especialmente en el nivel local, que en las áreas urbanas corresponde al consultorio periférico. Concretamente consistía en verificar el grado de cumplimiento de las metas de actividades, de la utilización de recursos y de las normas y no estaba especificado el modo operativo de implementar la evaluación.

El propósito de esta investigación es aplicar una metodología de evaluación de normas de ejecución de actividades de fomento y protección específica del PSNA a nivel local, basada en la auditoría de las fichas clínicas de los niños bajo control, menores de un año.

Se seleccionaron sólo actividades de fomento y protección específica porque constituyen el eje de la atención primaria infantil y la evaluación se centró en el niño menor de un año, porque es prioritario en PSNA.

La investigación se realizó en el consultorio La Faena, que en 1980 era uno de los 16 consultorios

(*) Médico, Académico Depto. Salud Pública, Div. Ciencias Médicas Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

(**) Alumnos Carrera de Medicina, Div. Ciencias Médicas Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Investigación presentada en II Jornadas Nacionales de Salud Pública, 1982.

periféricos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y tenía una población asignada de 75.771 habitantes, de los cuales 24.054 eran menores de 15 años y 1.886 menores de un año. Este establecimiento atiende a población de bajo nivel socio-económico de la comuna de Ñuñoa (6).

El objetivo específico de la investigación fue evaluar, en la cohorte de menores de un año inscritos en el consultorio La Faena durante 1980, el cumplimiento de las normas siguientes:

- a) Control de salud: calendario mínimo de controles hasta 11 meses, precocidad de primer control, calificación de alto riesgo en niños de peso de nacimiento alterado, indicación de vitamina D y calidad del control de salud.
- b) Vacunación: calendario de vacunas de 0 a 11 meses.
- c) Visita domiciliaria: existencia de al menos una visita de 0 a 11 meses y en particular en niños de peso de nacimiento alterado.
- d) Educación de grupo: existencia de al menos una sesión de 0 a 11 meses.

MATERIAL Y METODO.

Las definiciones de las variables se basan en las normas explicitadas en las actividades respectivas del PSNA, versión 1980 (4):

- Calendario mínimo de control de salud de 0 a 11 meses corresponde a 6 controles, de los cuales 1 debe ser de 0 a 27 días, 4 de 28 días a 5 meses (1º, 2º, 3º y 5º mes) y 1 de 6 a 11 meses (8º mes). Se toleró un margen de más - menos 1 semana de la fecha de cumpleaños, para verificar la distribución por edad.
- Precocidad de primer control de salud de 0 a 27 días y de preferencia antes de los primeros 15 días de vida. El control de salud de recién nacido efectuado por matrona se excluyó porque corresponde al Programa de Salud Materna y Perinatal.
- Calificación de alto riesgo se verificó sólo para niños con peso de nacimiento alterado, es decir menor de 2.500 grs. o sobre 4.000 grs. La calificación se revisó en la carátula de la ficha y en su interior en el registro del control respectivo.
- Indicación de vitamina D 600.000 U oral, se consideró si aparecía registrada en al menos 1

oportunidad en la ficha de 0 a 11 meses.

- Calidad del control de salud fue estudiado en 3 controles de cada niño, el primer control durante el período de recién nacido, un control elegido al azar (tirando un dado para cada caso) del período de 28 días a 5 meses y el otro del período de 6 a 11 meses de vida. La calidad se midió en porcentaje de cumplimiento de las acciones especificadas para el control de salud en el PSNA, de acuerdo al registro en la ficha clínica. Se consideraron las siguientes 6 acciones fijas para cualquier edad de control: diagnóstico de estado nutricional, diagnóstico de desarrollo psicomotor, indicación de alimentación, indicación de estimulación de desarrollo psicomotor, indicación de educación sobre cualquier aspecto aparte de lo anterior y citación para próximo control. Se consideraron las siguientes tres acciones variables según la edad del control y/o antecedentes propios del niño: indicación de vacunas, diagnóstico de alto riesgo si en el control respectivo se había diagnosticado desnutrición e indicación de derivación intra o extra consultorio si en el control respectivo se constataba una patología o condición que lo ameritara, de acuerdo a un listado confeccionado ad hoc. A cada una de las acciones se le asignó un punto si estaba registrada en el control pertinente. El puntaje ideal del primer control de 0 a 27 días varió entre un mínimo de 6 a un máximo de 8, para los otros 2 controles estudiados varió entre un mínimo de 7 y un máximo de 9. La calidad del control revisado se expresó en porcentaje de cumplimiento del puntaje ideal.
- Calendario de vacunas completo a los 11 meses de vida se consideró de acuerdo al tipo y número de dosis de vacuna, sin fijarse en la edad exacta de administración y equivale a 1 dosis de vacuna BCG, 1 dosis de antipolio monovalente, dos dosis de antipolio trivalente, 3 dosis de triple (DPT) y 1 dosis de vacuna antisarampión.
- Visita domiciliaria y educación de grupo se consideraron efectuadas cuando aparecían registradas en la ficha, en al menos 1 oportunidad hasta los 11 meses. Para visita domiciliaria se incluyeron las inefectivas, como domicilio falso. De un universo de 1.398 menores de un año

inscritos en 1980 en el consultorio La Faena, de acuerdo al cuaderno de inscripciones, se tomó una muestra de 117 (8,4 %) mediante muestreo sistemático estratificado por mes de inscripción y número de arranque al azar. De los 117 niños seleccionados en la muestra se obtuvo información de 100. La pérdida de un 14,5 % se debió en 3 casos a fichas extraviadas, 2 casos sin número de ficha que no se ubicaron en el kárdex y 12 casos de traslado hacia o desde el consultorio La Faena que fueron excluidos porque no habían recibido atención médica sólo del consultorio durante el primer año de vida.

La fuente de información fue la ficha clínica y tarjetones del vacunatorio para las vacunas. La ficha fue revisada detalladamente desde el ingreso hasta los 11 meses de vida de cada niño de la cohorte y las variables fueron anotadas en un instrumento ad hoc, probado con anterioridad a su aplicación definitiva. La recolección de información se realizó en enero de 1982, cuando todos los niños habían cumplido por lo menos 12 meses de vida. El recuento de información se hizo manualmente en base a los instrumentos de recolección.

En el análisis estadístico se usaron diferencias de proporciones y promedios poblacionales con distribución de Student a $p \leq 0,01$.

RESULTADOS.

De los 100 niños estudiados de la cohorte de menores de un año inscritos en el consultorio La Faena en 1980, 9 no cumplieron el calendario mínimo de 6 controles hasta los 11 meses de vida, 20 tuvieron un número adecuado de controles pero con distribución etaria inapropiada de acuerdo a la norma y 71 cumplieron la norma en número y edad. El promedio de controles de salud por niño fue de 7,12 con una desviación estándar de 1,56 en el primer año.

Sólo 8 de los 100 niños no cumplieron con la norma de control de salud de 0 a 27 días, 21 de 28 días a 5 meses y 7 de 6 a 11 meses.

En cuanto a precocidad del primer control de salud, 64 de los 100 niños consultaron antes de los 15 días de vida, 28 entre los 15 y 28 días y 8 carecieron de control en el período de recién nacido (Tabla Nº 1).

EDAD PRIMER CONTROL (DIAS)	NIÑOS Nº (o/o)
1 - 7	8
8 - 14	56
15 - 21	24
22 - 28	4
29 y +	8
TOTAL	100

En relación a la calificación de alto riesgo, de 15 niños detectados con peso de nacimiento alterado, sólo 1 (6,7 %) la tenía.

Sobre la indicación de vitamina D, 9 de los 100 niños carecían de ella.

La calidad del primer control de salud de 0 a 27 días, fue en promedio de 33,8 % de un estándar ideal de 100 %. En el control elegido al azar del período de 28 días a 5 meses fue de 76,4 % y en el período de 6 a 11 meses fue de 78,3 %. La calidad del primer control de salud de 0 a 27 días fue significativamente inferior que en edades posteriores ($p \leq 0,01$). (Tabla Nº 2). (a la vuelta).

El calendario de vacunas estaba incompleto en 27 de los 100 niños a los 11 meses de vida.

Solamente 42 de los 100 niños tenían al menos una visita domiciliaria hasta los 11 meses de vida. De los 15 niños con peso de nacimiento alterado, únicamente 4 (26,7 %) tenían visita domiciliaria comparados con 38 de los 85 (44,7 %) niños con peso de nacimiento normal, (no significativo a $p \leq 0,01$).

Respecto a educación de grupo, ninguno de los 100 niños estudiados tenía hasta los 11 meses de vida.

DISCUSION.

El control de salud del niño en el primer año de vida es inadecuado, ya sea por número insuficiente o distribución etaria inapropiada, en el 29 % de los niños de la cohorte de menores de un año inscritos en 1980 en el consultorio La Faena. La falla radica más en la edad de los controles que en el número de ellos y es de cierta importancia para otras actividades del PSNA a nivel local, como la vacunación

— TABLA Nº 2 —

Menores de 1 Año Inscritos en Consultorio La Faena en 1968, según Calidad de Control de Salud (0/o) en Tres Períodos durante el Primer Año de Vida.						
CALIDAD CONTROL 0/o	0 - 27 Ds.		28 Ds. - 5 Ms.		6 - 11 Ms.	
	Nº	0/o	Nº	0/o	Nº	0/o
0 - 20	25	27,2	0	0	0	0
21 - 40	37	40,2	2	2,0	0	0
41 - 60	26	28,3	8	8,1	8	8,6
61 - 80	4	4,3	40	40,4	39	41,9
81 - 100	0	0	49	49,5	46	49,5
TOTAL	92	100,0	99	100,0	93	100,0
PROMEDIO 0/o	33,8 *		76,4		78,3	
DESV. ESTANDAR	15,9		12,6		9,9	
SIN CONTROL (Nº)	8		1		7	

* Estadísticamente significativo a $P \leq 0.01$

que necesariamente se altera. La falla por edad es más notable en el primer semestre de la vida, lo que guarda relación con la mayor concentración de controles en ese período.

Otros autores, como Montoya y colaboradores (7) detectaron en 1971 - 1972, que la concentración de controles de salud de médico y enfermera era de 2,9 en el primer año de vida, en el consultorio La Pincoya del Area Norte de Santiago. Chang y colaboradores (8) observaron que el promedio de controles de salud a los 10 meses de vida era de 8,9 en una muestra de niños menores de 2 años de la VII Región en 1978, en circunstancias que la norma mínima era de 6. Además encontraron que 35 de 739 niños menores de 2 años nunca habían asistido a un control. Es necesario hacer notar que la metodología utilizada por nosotros no permite obtener el porcentaje de niños que no se ha controlado nunca, información que es extraordinariamente interesante.

El promedio de controles de salud en un período determinado, puede encubrir déficit importante y no indica el porcentaje de niños con un calendario de controles incompleto, es por eso que nos parece inapropiado cuando se trata de evaluar la atención médica.

Respecto a precocidad del primer control de salud, sólo un 64 0/o de los niños cumple con la norma deseada en La Faena, es decir consultar antes de los 15 días de vida y un 92 0/o se controla en período de recién nacido. Estos resultados son mejores que los informados por otros autores como Margozzini y colaboradores (9), quienes informaron que

un 43,4 0/o de los lactantes de 1 a 2 años, en 1968 en el consultorio Independencia del Area Norte de Santiago, fueron captados a control en el primer mes de vida. Undurraga y colaboradores (10), que estudiaron la captación a control del recién nacido en varios consultorios del Area Norte de Santiago en 1968, encontraron un 100 0/o de captación en el primer mes de vida en el consultorio de Quilicura y en el San Cristóbal, en cambio en Lo Aránguiz y Colina fue de 81 y 74 0/o respectivamente.

Montoya y colaboradores (7) señalan que el 50 0/o de los niños estudiados se incorporaron a control antes de los 14 días de vida y el 75 0/o dentro del período de recién nacido, en el consultorio La Pincoya en 1971 - 72. Chang y colaboradores (8) en la VII Región en 1978, detectaron que un 56,8 0/o de los niños menores de 2 años, se captaban en el primer mes de vida a control y no había diferencias importantes en zonas urbanas o rurales.

Es difícil comparar los datos de precocidad del primer control de los diferentes estudios porque se ignora el porcentaje de niños sin ningún control en la población infantil asignada a los consultorios pertinentes. Dé todas maneras los niños que ingresan a control es deseable que lo hagan lo más precozmente posible.

Las deficiencias de calendario de control de salud y precocidad del primer control, observadas en La Faena pueden deberse a múltiples razones, dependientes de la madre o persona responsable del niño, del proceso de interacción entre ella y el consultorio y del consultorio mismo. Lo intere-

sante es que, con los resultados de la evaluación, el equipo de salud local puede discutir las causas de las fallas, proponer e implementar acciones concretas, fundamentadas en su experiencia, destinadas a mejorar las deficiencias o plantearse aspectos a investigar. Por ejemplo, el equipo de salud local ante una deficiencia en la captación precoz del niño a control, podría acentuar la educación a la embarazada, mejorar la coordinación con la maternidad correspondiente o replantear el sistema de rescate de niños a domicilio, etc.

La implementación de la estrategia del alto riesgo del PSNA, en la cohorte de menores de un año ingresados al Consultorio La Faena en 1980, muestra algunas deficiencias, como por ejemplo que apenas un 6,7 % de los niños de peso de nacimiento alterado estaban calificados de alto riesgo. Cabe hacer notar que el peso de nacimiento alterado es un factor de riesgo importante en la morbilidad infantil. También se apreció que la visita domiciliaria no se concentra en niños de alto riesgo como se esperaba. Estos resultados parciales coinciden con los observados por López (11) en 1979 en el consultorio Santa Julia del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, y son lamentables porque la estrategia de alto riesgo es un enfoque muy valioso, sobre todo cuando escasean los recursos de atención médica (12), (13), (14), (15).

Los resultados de la indicación de vitamina D en el primer año de vida del consultorio La Faena son mejores que los observados por Margozzini (9), en el consultorio Independencia, 9 y 29 %, respectivamente, de los niños carecían de esa indicación.

La calidad del primer control de salud del período de recién nacido, realizado por médico, es significativamente inferior que en edades posteriores cuando es efectuado por enfermera. Existe una ficha codificada de primera consulta que suele no ser llenada completamente por el médico, tal vez porque no valora la importancia de un registro adecuado para el proceso de atención futura del niño. Es necesario recalcar la relevancia de un registro apropiado en la ficha, para asegurar la continuidad de la atención que es dada por diferentes profesionales a través del tiempo.

Los controles de salud de enfermera son de buena calidad, ya que bordean el 80 % del estándar

normado. No es posible comparar estos resultados de calidad del control de salud con otros, porque no hay referencias al respecto.

Sobre la actividad de vacunación, sería recomendable mejorar los resultados porque un 73 % de los lactantes tuvieron calendario completo en el primer año de vida. Araya y colaboradores (16) constataron que un 63 % de menores de un año tenían calendario completo de vacunas en un estudio desarrollado en población de la ciudad de Valdivia en 1980. Sus resultados son peores que los encontrados por nosotros en La Faena, pero es posible que sean más válidos pues investigaron población residente y nosotros, niños bajo control en consultorio.

Los resultados obtenidos sobre visita domiciliaria son desalentadores y con el agravante que las escasas visitas no se concentran en niños con factores de alto riesgo importantes. Tal vez se explique por escasez de recursos humanos de salud, porque la visita domiciliaria es una actividad consumidora de tiempo. Sin embargo esta falta de proyección hacia el hogar puede perpetuar problemas de salud del niño, al no observar el equipo de salud las condiciones reales del ambiente familiar y por lo tanto plantear indicaciones no factibles.

Los resultados en torno a la educación de grupo, confirman que no se practica una de las actividades primordiales de la atención primaria infantil. ¿Por qué se relega a un segundo plano la educación del grupo, en circunstancias que posee evidentes ventajas comparada con la educación individual? Creemos que este punto merece ser investigado en el futuro por la trascendencia de la educación como herramienta para elevar el nivel de salud de la población.

Los consultorios periféricos están inmersos en realidades de salud infantil diferentes y para responder apropiadamente a las necesidades de salud de la población a su cargo, es indispensable que evalúen diversos aspectos de los Programas de Salud elaborados a nivel central del país. Además la evaluación contribuye al perfeccionamiento profesional del equipo de salud, particularmente cuando se trata de un proceso continuado, sistemático y que involucra a los miembros del equipo que laboran en un establecimiento de salud con una dimensión constructiva hacia el futuro.

Creemos que la metodología utilizada en este trabajo es una aproximación útil y realista para la evaluación del cumplimiento de actividades del PSNA. Proporciona un panorama representativo de un año de trabajo de las actividades fundamentales, es fácil de estandarizar para comparar consultorios y carece de cálculos sofisticados. El grado de precisión de los resultados es susceptible de ser aumentado agrandando el tamaño de la muestra a tomar de la cohorte inscrita en el establecimiento y representa un adelanto importante comparada con el rudimento de evaluación practicada actualmente. Dentro de sus limitaciones hay que destacar que se basa en registros de la ficha clínica de los niños bajo control y cabe la posibilidad de que se cumplan perfectamente las normas de las actividades al momento de prestar la atención, pero no sean anotadas. Otra limitación es el retraso con que se obtienen los resultados en relación al tiempo en que ocurrieron, pero esto podría solucionarse tomando muestras de niños inscritos, durante un semestre, trimestre o incluso un mes.

Nos parece imperativo aceptar el desafío de mejorar radicalmente la evaluación de la atención médica del PSNA a nivel local, para optimizar el uso de los recursos de salud. El atraso que tenemos en esta materia no se justifica, dada nuestra fructífera tradición en materia de atención médica.

RESUMEN

Se evaluó la ejecución de actividades del Programa de Salud del Niño y del Adolescente (versión 1980) del Ministerio de Salud a nivel local, en la cohorte de menores de un año inscritos en el consultorio La Faena del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (n=1398 en 1980).

Se tomó una muestra aleatoria de 117 (8,4 0/o) y se obtuvo información de 100 niños mediante auditoría de las fichas clínicas. Un 29 0/o no cumplió calendario mínimo de control de salud en el primer año de vida. Un 64 0/o fue captado a control antes de los 15 días de vida. Se calificó de alto riesgo a 1 de los 15 niños de peso de nacimiento alterado. El primer control de salud de 0 a 27 días obtuvo 33,8 0/o de un estándar de calidad de 100 0/o. Un 27 0/o de los niños no cumplieron calendario de vacunas a los 11 meses, sólo 42 0/o

tuvieron visita domiciliaria y ninguno educación de grupo.

La evaluación sistemática permitiría elevar la eficiencia y eficacia del Programa y urge implementarla a nivel local.

SUMMARY

An evaluation is carried out on activities of the Health Program for Infants and Adolescent (1980 version) of the Ministry of Health, applied to under-age infants at the Center of the Cares of Primary Health "La Faena" dependent from the Metropolitan East Health Service. (N 1.398 en 1980).

The work was fulfilled with an aleatory sample of 117 infants (8,4 0/o) and informations on 100 infants through the revision of their clinical records. 29 0/o of these infants did not present an account of the minimum calendar of health care during the first year. Only one, among 15 infants of feeble weight of birth was considered as "in state of risk". The standard of quality of the first health control accumulated a punctuation of 33,8 0/o on a quality of 100 0/o. A 27 0/o did not respect the vaccination calendar at the age of 11 months. 42 0/o had the benefit of a visit to the home by a health agent and not any of an education group.

The authors conclude that a systematic evaluation of the observance of Ministerial Patterns should permit the increase the level of efficiency and of efficacy of the Program. Implementation of its is considered as urgent.

RESUME

Une évaluation est faite des activités du Programme de Santé de l'Enfant et l'Adolescent (version 1980), du Ministère de la Santé, réalisée aux enfants âges de moins d'un an, sous surveillance de santé au Centre de Soins de Santé Primaires "La Faena", appartenant au Service de Santé Metropolitain Orient (Santiago - Est), (N 1.398 en 1980).

On travailla avec un échantillon aléatoire de 117 enfants (8,4 0/o) et on obtint des renseignements sur 100 enfants a travers la révision de leurs dossiers cliniques. Le 29 0/o des enfants ne tint pas compte du calendrier minimum de surveillance de la santé

pendant la première année. Un 64 0/o avait pourtant été inscrit avant le 15^e jour de vie. Un seul, parmi 15 enfants de faible poids de naissance, fut considéré en "état de risque". Le standard de qualité du premier contrôle de santé réunit une ponctuation de 33,8 sur un qualité de 100 0/o. Le 27 0/o ne respecta pas le calendrier des vaccinations à l'âge de 11 mois révolus. Un 42 0/o bénéficia d'une visite au foyer par un agent de santé et aucun d'une éducation de groupe.

Les auteurs concluent qu'une évaluation systématique du respect des Normes Ministerielles permettrait augmenter le niveau d'efficience et d'efficacité du Programme. Sa mise à point s'avère urgente.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Organización Mundial de la Salud, "Evaluación de las Actividades de Planificación Familiar en los Servicios de Salud", Ser. Inf. Tec. N° 569, 1975.
- 2) Organización Mundial de la Salud, "Preparación de Indicadores para Vigilar los Progresos Realizados en el Logro de la Salud para todos en el Año 2000", Serie Salud para Todos, N° 4, 1981.
- 3) Organización Mundial de la Salud, "Evaluación de los Programas de Salud", Serie Salud para Todos N° 6, 1981.
- 4) Ministerio de Salud, Depto. Programa de las Personas, Salud Infantil, "Programa de Salud del Niño y del Adolescente", versiones 1979, 1980, 1981 y 1982.
- 5) Ministerio de Salud, Depto. de Planificación, "Defunciones y Causas de Muerte", Anuario, 1980.
- 6) O. France, "Memoria sobre la Labor de los Consultorios Periféricos, Año 1980". Dirección de Atención Periférica, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
- 7) C. Montoya A., H. Muñoz C. y colaboradores, "Patrones de Atención Médica de Lactantes. Un resultado de la Evaluación de las Actividades de un Consultorio Distrital", Cuadernos Médico - Sociales 13 (4): 24 - 32, 1972.
- 8) N. Chang, A. Aldea y colaboradores, "Diagnóstico sobre el Perfil de Salud Demográfico y Sociocultural. VII Región, 1978", Ministerio de Salud Pública, Programa de Atención Rural Materno Infantil, 1979.
- 9) J. Margozzini R., S. González G., O. Undurraga A., "Evaluación de Acciones de Prevención de la Desnutrición en un Consultorio Distrital", Rev. Chil. Pediatr. 40 (3): 235, 1969.
- 10) O. Undurraga A., J. Margozzini R., y G. Marín, "Cumplimiento de algunas acciones de salud del Programa Materno Infantil a nivel de Consultorios Distritales del Area Norte de Santiago (1968)", Rev. Chil. Pediatr. 41 (1): 61, 1970.
- 11) G. López P., A. Kemm V. y colaboradores, "Prevalencia de Alto Riesgo en Niños de 0 a 24 meses. Consultorio Santa Julia, Area Hospitalaria Oriente, 1979", Documento mimeografiado, Depto. Salud Pública, Fac. de Medicina, Santiago Oriente, Universidad de Chile, 1979.
- 12) M. Romero S., N. Majluf S. y colaboradores, "Nivel de Salud y Atención Pediátrica Preventiva. Una aplicación de Ingeniería de Sistemas. Primera Parte", Cuadernos Médico - Sociales 17 (2): 7 - 22, 1976.
- 13) M. Romero S., N. Majluf S. y colaboradores, "Nivel de Salud y Atención Pediátrica Preventiva. Una aplicación de Ingeniería de Sistemas. Segunda Parte", Cuadernos Médico - Sociales 17 (3): 36 - 43, 1976.
- 14) M. Romero S., N. Majluf S. y colaboradores, "Nivel de Salud y Atención Pediátrica Preventiva. Una aplicación de Ingeniería de Sistemas. Tercera Parte", Cuadernos Médico - Sociales 17 (4): 31 - 37, 1976.
- 15) World Health Organization, "Risk Approach for Maternal and Child Health Care", Geneva, 1978.
- 16) E. Araya A., W. Gesche R. y colaboradores, "Cobertura del Programa de Vacunación en Menores de cinco años de la ciudad de Valdivia", Cuadernos Médico - Sociales 22 (1): 33 - 39, 1981.
- 17) J.W. Lapetra, "Health Care Delivery Systems. Evaluation Criteria", Ed. Charles C. Thomas, Illinois, USA, 1975.

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos al Dr. Carlos Romero, Director del Consultorio "La Faena" cuando se hizo la investigación, y al personal de la Unidad de Estadística Infantil, por las facilidades otorgadas en el desarrollo del trabajo.