



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

NORMA ADMINISTRATIVA PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA

www.serviciodesaludconcagua.cl

Edición y Texto

Bárbara Leyton C., Carlos Becerra F., Carolina Castillo I., Cecilia Moya S., Heather Strain H., Sylvia Santander R.

Impresión:

Editorial Valente

Agradecimientos

A todos los equipos de salud que contribuyen a mejorar la calidad de la atención de niños y niñas, y en especial a las personas *Encargadas del Programa Nacional de Salud de la Infancia de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Servicios de Salud* del país y a los profesionales de las diferentes especialidades pediátricas de Sociedades Científicas y Universidades que a través de revisión de documentación y asistencia a Jornadas de Infancia apoyaron a la construcción de esta normativa.

Santiago de Chile

Primera Edición: Agosto 2013

Resolución Exenta N° 426

18 de Julio de 2013

N° Registro intelectual: 232.143

ISBN: 978-956-348-034-4

RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

Jefaturas Ministerio de Salud

Dra. Lorna Luco	Jefe División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública
Dra. Sibila Iñiguez	Jefe División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales
Dr. Hugo González	Jefe de División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales
Dra. Sylvia Santander	Jefe Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública

Equipo del Programa Nacional de Salud de la Infancia, Ministerio de Salud

Carlos Becerra	Médico Pediatra, Jefe Programa nacional de salud de la infancia, Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.
Bárbara Leyton	Enfermera, profesional del Programa nacional de salud de la infancia. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública.
Carolina Castillo	Psicóloga, profesional del Programa nacional de salud de la infancia. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.
Heather Strain	Médico Familiar del Niño, profesional del Programa nacional de salud de la infancia. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.
Cecilia Moya	Enfermera, Encargada Programa nacional de salud de la infancia, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Cecilia Reyes	Enfermera, Encargada de redes neonatales y pediátricas, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Colaboradores y Revisores Ministerio de Salud

Alfredo Pemjeam	Psiquiatra, Jefe de Depto. Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades
Ana Ayala	Matrona, Unidad de Programas de Reforzamiento APS, División de Atención Primaria
Ana María San Martín	Enfermera, Jefa Depto. Programa de Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida e ITS. División de Prevención y Control de Enfermedades

Carolina Mendoza	Cirujano dentista, Depto. de Salud bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades
Carolina Peredo	Matrona, Depto. Programa de nacional de prevención y control de VIH/SIDA e ITS. División de Prevención y Control de Enfermedades
Catalina Campos	Enfermera, Jefa Departamento de promoción de la salud y participación ciudadana, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
Carolina Cobos	Enfermera, Departamento de promoción de la salud y participación ciudadana, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
Clodovet Millalen	Antropóloga, Unidad de salud y pueblos indígenas, División de Atención Primaria
Cecilia Fulgeri	Ingeniero Comercial, Coordinación administrativa, División de Prevención y Control de Enfermedades
Cecilia Zuleta	Psicóloga, Departamento de Salud mental, División de Prevención y Control de Enfermedades
Cecilia Moraga	Psicóloga, enfermera-matrona, Unidad Chile Crece Contigo, División de Atención Primaria
Claudia Carvajal	Cirujano dentista, Depto. de Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades
Claudia Valenzuela	Asistente social, Unidad de Salud mental, División de Gestión de la Red Asistencial
Claudio Vega	Administrador Público, Encargado de Formación y Capacitación División de Atención Primaria. Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Cristian Cofré	Nutricionista, Unidad de Nutrición y Alimentos, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
Diego Gaitán	Médico cirujano, Unidad de nutrición y alimentos, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción.
Felipe Arriet	Psicólogo, Unidad Chile Crece Contigo, División de Atención Primaria
Hernán Soto	Fonoaudiólogo, Jefe Depto. de Discapacidad y rehabilitación, División de Prevención y Control de Enfermedades
Hilda Toro	Enfermera Matrona, Dpto. Formación y Desarrollo RRHH
Javiera Vivanco	Fonoaudióloga, Depto. de Discapacidad y rehabilitación, División de Prevención y Control de Enfermedades.
Javiera Corbalán	Médico, Unidad de Salud Respiratoria, División de Atención Primaria
Jorge Barna	Médico, Jefe Programa Nacional de inmunizaciones. División de Planificación Sanitaria.
José Rosales	Cirujano dentista, Jefe Depto. de Salud bucal. División de Prevención y Control de Enfermedades
Lorena Arellano	Nutricionista, Unidad de Nutrición y Alimentos. División de Políticas Públicas.
Lucía Vergara	Enfermera, Unidad Chile Crece Contigo. División de Atención Primaria.
Marcela Cortez	Asesora, Depto. de Gestión de servicios de salud, División de Gestión de la Red Asistencial.

María Gabriela Artigas	Enfermera, Depto. De Calidad y Seguridad del Paciente, Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
María Jose Letelier	Cirujano dentista, Depto. de Salud bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades
María Paz Araya	Psicóloga, Depto. de Salud mental, División de Prevención y Control de Enfermedades
Miriam Gonzalez	Matrona, Encargada Programa Nacional de la Mujer. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades
Natalia Dembowski	Psicóloga, Depto. de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades
Natalia Dinamarca	Nutricionista, División de Atención Primaria.
Pamela Burdiles	Matrona, Programa nacional de adolescentes y jóvenes. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades
Pamela Burgos	Enfermera, Programa nacional de inmunizaciones, División de Planificación Sanitaria.
Paola Pontoni	Enfermera, Jefa Unidad Respiratoria, División de Atención Primaria
Paloma Herrera	Kinesióloga, Programa nacional del adulto mayor, Depto. Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades
Patricia Cabezas	Enfermera, Programa nacional de inmunizaciones, División de Planificación Sanitaria.
Paula Silva	Cirujano dentista, Depto. de Salud bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades
Pedro Acuña	Médico, Unidad de Nutrición y Alimentos, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
Pilar Monsalve	Médico familiar infantil, Unidad Chile Crece Contigo. División de Atención Primaria.
Sandra Navarro	Enfermera, Unidad Respiratoria, División de Atención Primaria.
Susana Almendares	Enfermera, Jefe Depto. de calidad y seguridad del paciente, Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
Xenia Benavides	Nutricionista, División de Atención Primaria.
Ximena Carrasco	Matrona, Jefa Depto. de estadísticas e información en salud. División de Planificación Sanitaria.
Yilda Herrera	Nutricionista, Unidad de nutrición y alimentos, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
Jaime Silva	Nutricionista, Unidad de nutrición y alimentos, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
Carmen Moscoso	Enfermera, Docente Universidad de los Andes, Becaria-Becas Chile.
Hugo Pino	Ingeniero, Depto. Gestión en TIC's
Rodrigo Baeza	Ingeniero, Depto. Gestión en TIC's
Angélica Villarroel	Unidad red de urgencia, Depto. de gestión de procesos clínicos asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial.

Jennifer Pacheco	Tecnóloga Médico, Área de producción de estadísticas en salud, DEIS, División de Planificación Sanitaria.
Michelle Keller	Ingeniero Estadístico, Área de producción de estadísticas en salud, DEIS, División de Planificación Sanitaria.
Ximena Pérez	Administradora Pública, Coordinación Administrativa, División de Prevención y Control de Enfermedades
Christian García	Médico, Jefe Depto. Enfermedades transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades
Dolores Tohá	Médico cirujano, Jefe Depto. Secretaría GES, División de Prevención y Control de Enfermedades

Instituciones Colaboradoras

Alfonso Cox	Psicólogo, Servicio de pediatría, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.
Andrea Torres	Asistente Social, Secretaría Ejecutiva Chile Crece Contigo, Ministerio de Desarrollo Social
Carmen Moscoso	Enfermera, Docente Universidad de los Andes, Becaria-Becas Chile.
Claudia Pérez	Enfermera Docente, Escuela de Enfermería, Universidad del Desarrollo
Claudia Vega	Enfermera, Escuela Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales
Cristina Torres	Matrona y Enfermera, Académica, Instituto de Salud Pública, Universidad Austral de Chile
Nelson Vargas	Médico, Sociedad Chilena de Pediatría-NINEAS
Enrica Pittaluga	Neonatóloga, Hospital Sotero del Río, Comisión nacional de seguimiento prematuro extremo y Comité NANEAS Sochipe
Enrique Toledo	Programa nacional de salud del estudiante, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas
Francisca Morales	Psicóloga, Consultora de área de desarrollo infantil temprano, UNICEF-Chile
Gabriela Peñailillo	Asistente Social, Departamento de protección de derechos, Servicio Nacional de Menores
Gisela Zillmann	Cirujano Dentista, Facultad de Odontología, Universidad de Chile
Gladys Lucero	Enfermera, Escuela Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales
Gloria Carvajal	Enfermera, SOCHIESE
Gloria San Miguel	Pediatra, Hospital Dr. Hernán Henríquez
Guadalupe Rojas	Enfermera, Docente de Escuela de Enfermería, Universidad del Desarrollo
Helia Molina	Pediatra, Facultad de medicina, Escuela de salud pública, Universidad Católica.

Isabel Farías	Asistente Social, Departamento de Protección de Derechos, Servicio Nacional de Menores
Karen Cáceres	Matrona, Depto. de Epidemiología , División de Planificación Sanitaria
Karen Vergara	Escuela Enfermería, Facultad de Medicina , Universidad Diego Portales
Macarena Lizama	Pediatra, Sociedad Chilena de Pediatría-NINEAS
Mara Muñoz	Enfermera, Escuela Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales
Marcia Erazo	Enfermera, Escuela de Enfermería Universidad de Chile
María de la Luz Morales	Ingeniero Comercial, Asesora Gabinete, Ministerio de Educación
María Dolores Codern	Enfermera, Consultora externa Programa nacional de salud en la infancia.
Paola Pontoni	Enfermera, Colegio de Enfermeras de Chile
Pilar Alvarado	Programa nacional de salud del estudiante, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas
Raúl Mercer	Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud (FLACSO, Argentina). Investigador del CISAP (Centro de Investigación en Salud Poblacional)
Stella de Luigi	Enfermera, SOCHIESE
Valentina Sepúlveda	Departamento de Protección de Derechos, Servicio Nacional de Menores

Colaboradores Revisores del Documento de Servicios y SEREMI de Salud

Alejandra Cabrera	Enfermera, Encargada infancia, Servicio de Salud Talcahuano
Alfredo Peña	Psicólogo, Gerente Chile Crece Contigo, Servicio de Salud Ñuble
Alicia Irazoqui	Enfermera, Encargada de infancia, Servicio de Salud Araucanía Norte.
Ana María Cabezas	Médico Cirujano. Sub Jefa Unidad NINEAS, Complejo Asistencial Hospital Dr. Sotero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Andrés Fuchslocher	Pediatra, Jefe Programa Infancia, Servicio de Salud Osorno
Carmen Navarrete	Médico inmunólogo, Servicio de pediatría, Hospital de Niños Roberto del Río, Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Carol Aracena	Enfermera, Encargada infancia, SEREMI de Salud los Ríos
Carolina Veliz	Matrona, Encargada Infancia, SEREMI de Salud Atacama
Claudia Bularte	Psicóloga, equipo C.H.C.C. Pediatría CADSR, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Consuelo Peredo	Educadora Diferencial, Encargada infancia, Servicio de Salud Valdivia
Daniel Flores	Terapeuta Ocupacional, Equipo C.H.C.C. Pediatría CADSR, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Daniela Vergara	Nutricionista, Encargada Nutrición, Servicio de Salud Bío Bío
Derna Frinco	Enfermera, Encargada Servicio de Salud Central

Dulia Sepúlveda	Enfermera, Hospital de Linares
Erika Quiroz	Médico familiar infantil, Encargada de infancia, Servicio de Salud Central
Erika Sandoval	Enfermera, Encargada infancia, Seremi de Salud Araucanía
Eugenia Puente	Médico, Consultorio Cruz Melo, Servicio de Salud Norte
Fabiola Adrián	Enfermera, Encargada infancia , Servicio de Salud Magallanes
Felipe Cárdenas	Enfermero, Encargado infancia, Servicio de Salud Chiloé
Isabel Galleguillos	Enfermera, Encargada infancia , Servicio de Salud Arica
Jorge Orellana	Pediatra, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Salud Metropolitano Central.
Josefina Horta	Enfermera, Encargada infancia, Servicio de Salud Antofagasta
Juan Carlos Flores	Pediatra, Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial Hospital Dr. Sótero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
Luz Durango	Médico, Encargada infancia, Servicio de Salud Sur Oriente
Margarita Luna	Enfermera, CESFAM Recreo, Servicio de Salud Sur
Margarita Quispe	Enfermera, Unidad de Calidad , Hospital San José , Servicio de Salud Norte
María Eugenia Ávalos	Pediatra, Unidad NINEAS, Complejo Asistencial Hospital Dr. Sótero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
María Isabel Velich	Matrona y Enfermera, Encargada de infancia, Seremi de Salud Magallanes
María Teresa González	Enfermera, Encargada infancia, Servicio de Salud Reloncaví
Marisol Concha	Enfermera, Encargada infancia, Servicio de Salud Maule
Mónica Galanti	Pediatra nefróloga. Servicio de pediatría, Hospital de Niños Roberto del Río Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Nadia Campos	Médico Cirujano, Encargada infancia, Servicio de Salud Concepción
Natalia Valenzuela	Enfermera, Encargada infancia, Servicio de Salud Osorno
Natalie Rodríguez	Pediatra, hemato-oncóloga, Servicio de pediatría, Hospital de Niños Roberto del Río, Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Pamela Rojas	Kinesióloga, Encargada infancia, Servicio de Salud Aysén
Patricia Anais	Enfermera, Encargada de infancia, SEREMI de Salud O'Higgins
Patricia Llanquitor	Enfermera, Encargada infancia, Servicio de Salud Sur
Patricia Mena	Neonatóloga, Jefe Servicio de Neonatología, Hospital Sotero del Río
Pilar Pinto	Enfermera, Jefe Depto. de capacitación, Servicio de Salud Norte
Roberto Momberg	Enfermero, Encargado infancia, Seremi de Salud Los Lagos
Rosa María Antilef	Enfermera, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Salud Metropolitano Central.
Rosa Silva	Enfermera, Encargada de infancia, Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Salesa Barja	Nutrióloga infantil, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

Sandra Medi	Enfermera, Encargada de infancia, Servicio de Salud Araucanía Sur
Sandra Toro	Enfermera, Encargada infancia, Servicio de Salud Bío Bío
Silvia Delfín	Nutricionista, Jefe Depto. de salud pública, Seremi Salud Aysén
Sonia Rocamora	Médico cirujano, Encargada infancia, Servicio de Salud Magallanes
Víctor Peña	Tecnólogo médico, Unidad de transformación hospitalaria, Servicio de Salud Norte

www.serviciodesaludaconcagua.cl

ÍNDICE

CAPÍTULO I

ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA 14

MINISTERIO DE SALUD	14
1. Subsecretaría de Salud Pública	16
a) Equipo de Salud del Programa en la Subsecretaría de Salud Pública	16
b) Secretarías Regionales Ministeriales	17
2. Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA)	19
a) Encargados(as) del Programa Nacional de Salud de la Infancia en SRA	19
b) Servicios de Salud	21

CAPÍTULO II

ESTÁNDARES PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DE LA INFANCIA 26

ESTÁNDARES FÍSICOS PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS	26
ESTÁNDARES DE PROGRAMAS TRANSVERSALES COMPLEMENTARIOS CONTROL DE SALUD	28
A) Prestaciones y Beneficios Transversales de Acceso Universal	29
ESTÁNDAR DE RECURSO HUMANO PRESTACIONES UNIVERSALES EN INFANCIA	30
ESTÁNDAR DE RECURSO HUMANO PRESTACIONES ESPECÍFICAS EN INFANCIA	45
ESTÁNDARES EN NIVELES DE MAYOR COMPLEJIDAD	59
a) Niveles de cuidados en los establecimientos de atención cerrada	59
b) Nivel de Cuidados Medios (Ex Agudos) - UTI	60
c) Nivel de cuidados críticos - UCI	61
BANDERAS DE ALERTA, PAUTA PARA LA INTERVENCIÓN DE RIESGOS BIOPSIICOSOCIALES Y RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN LOCAL	62

CAPÍTULO VI

INTERSECTORIALIDAD, UNA ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN EN INFANCIA 73

COORDINACIÓN CON EL SERVICIO NACIONAL DE MENORES (SENAME)	73
Atención de Salud de niños y niñas en Residencias SENAME	76
Atención de Salud a los niños y niñas que se encuentran en las Residencias de Protección Transitorias para hijos/as de madres internas en recintos penitenciarios	78
COORDINACIÓN MINISTERIO DE EDUCACIÓN - MINEDUC	82
Vinculación para niños y niñas con necesidades educativas especiales (NEE)	82
JUNAEB	84
Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y Fundación Integra (INTEGRA)	85
COORDINACIÓN MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL	91
RED INTERCULTURAL DE SALUD	93

CAPÍTULO VII	
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL NIÑO Y LA NIÑA EN LA RED	96
Demanda de atención	96
Estrategias de Coordinación en los Niveles de Atención	98
Garantías Explicitas de Salud (GES)	99
CAPÍTULO VIII	
DIAGNÓSTICO REGIONAL DE SALUD EN LA INFANCIA	102
Confección diagnóstico de salud infantil	103
Vigilancia de Muerte en Menor de un Año	104
CAPÍTULO IX	
CAPACITACIÓN PARA LA ATENCIÓN EN INFANCIA	106
Herramientas y Estrategias para Capacitación y Fortalecimiento de Competencias en infancia	107
Estrategias de Capacitación	108
CAPÍTULO X	
REGISTRO DE SALUD EN LA INFANCIA	110
Sistemas de recolección de información de salud durante la infancia	110
Cuaderno de Salud de Niñas y Niños	110
Historia Clínica	111
Sistema de administración e integración de información de salud de niños y niñas	113
SOME: Sección de Orientación Médica y Estadística	113
Departamento de Información y Estadística de Salud	119
CAPÍTULO XI	
EVALUACIÓN	125
Sistema de Monitoreo y Evaluación de Indicadores de salud en la Infancia	126
BIBLIOGRAFÍA	157
ANEXOS	159
ANEXO N°1: PERFIL DE COMPETENCIAS DE LOS REFERENTES DE INFANCIA	159
ANEXO N°2: CARTERA DE SERVICIOS DE PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE	162
ANEXO N°3: CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR CONTROL DE SALUD ESCOLAR	164
ANEXO N°4: MATRIZ DE EJEMPLO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD INFANTIL	165
ANEXO N°5: PROGRAMA DE CAPACITACIÓN "CAPSULAS EDUCATIVAS REDISEÑO PROGRAMA NACIONAL DE SALUD EN LA INFANCIA	169
ANEXO N°6: PAUTA DE APOYO A LA SUPERVISIÓN DEL CONTROL DE SALUD DEL NIÑO(A)	170

INTRODUCCIÓN

Este documento está dirigido a todos los profesionales y técnicos de salud vinculados con el Programa Nacional de la Infancia, ya sea a través de la gestión o hacia la atención de niños y niñas de 0 a 9 años. Tiene como propósito contribuir a mantener los logros de salud alcanzados en las últimas décadas en infancia y seguir avanzando en mejorar la calidad de vida de niños y niñas con un enfoque de equidad.

El objetivo general de este documento, es brindar a la SEREMI de Salud y la Red Asistencial de salud el marco normativo y regulatorio administrativo del Programa Nacional de Salud en la Infancia de 0 a 9 años, actualizado al año 2012.

Los objetivos específicos de este documento son entregar herramientas prácticas para:

1. El cumplimiento de indicadores claves del Programa, establecidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, programación en red, metas sanitarias en infancia, entre otras.
2. Fundamentar la atención de niños y niñas en los derechos de la infancia, determinantes sociales, campos de salud, modelo de salud familiar, gestión hospitalaria, enfoque ecológico, entre otros.
3. Establecer los estándares de atención de niños y niñas en la red asistencial, incorporando el enfoque de curso de vida, entre los 0 y 9 años.
4. Articular las actividades del Programa con otros programas ministeriales que contribuyen al desarrollo integral de niños, niñas y sus familias.
5. Establecer el rol de articulador del Programa Nacional de Salud en la Infancia de la SEREMI y Servicios de Salud
6. Inducir a los profesionales que se incorporan al Programa, en el espíritu y la práctica relacionadas con niños, niñas y sus familias
7. Fortalecer el trabajo intersectorial de las instituciones vinculadas al desarrollo de los niños, niñas y sus familias
8. Mejorar la gestión en red especialmente en procesos de referencia y contrareferencia entre nodos de la red de salud.
9. Proporcionar insumos para el levantamiento de información del Programa y el diseño de registros básicos.
10. Fortalecer la realización de un plan monitoreo y evaluación permanente de la situación epidemiológica, a través de los indicadores del Programa, para identificar áreas críticas y producir un impacto positivo en la salud integral de niños y niñas.

El Rediseño del Programa de salud de la Infancia, comenzó a partir de Noviembre del 2010, con la programación de actividades, que marcaron los hitos programáticos durante el 2011. En el inicio se realizó la revisión y sistematización de ideas fuerza, se presentó propuesta de trabajo a Jefatura

de División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) y Departamento de Ciclo Vital, en donde participaron diferentes actores, desde el ámbito técnico, académico y gremial. Luego de su aprobación se realizaron reuniones de trabajo con equipos del MINSAL que desempeñan funciones ligadas a infancia, tanto de la Sub Secretaría de Redes y de Salud Pública. También se realizó "*Jornada de insumos para el Rediseño Programa de Salud en la Infancia*" donde se analizaron las principales brechas existentes y la "*Jornada Nacional de Rediseño*" donde se mostraron los avances y se incorporaron mejoras.

En resumen, la "Norma Administrativa del Programa Nacional de Salud de la Infancia", pretende servir de marco normativo de apoyo a la gestión territorial de los equipos de salud que trabajan en infancia en los distintos niveles del sistema y es consistente con el espíritu de la reforma del sector salud que reconoce como principios rectores la equidad, la descentralización, la política de calidad y seguridad del paciente y la participación.

En su elaboración se ha tenido presente que los logros de la salud pública chilena, que están estrechamente asociados a la formulación de actividades cuya expresión organizacional se ha traducido en el diseño de programas, los que han privilegiado su accionar hacia aquellas actividades programáticas de fomento y protección de la salud y su focalización hacia aquellos grupos de mayor vulnerabilidad social y económica.

www.serviciodesaludacomunaria.cl

CAPÍTULO I

ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA

En este capítulo se pretende Identificar las funciones y roles de los profesionales que efectúan la gestión del Programa Nacional de Salud de la Infancia.

La Reforma de la Salud del 2005 realza la salud pública y sus funciones dentro del sistema de protección de la salud en Chile [1]; la reformulación busca mejorar la Salud Pública de las personas, con igualdad de derechos e implementación de políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica en el uso de los recursos y participación social [2]. Además contempla la necesidad de delimitar roles y funciones, entre la autoridad sanitaria de salud y las redes asistenciales.

En el contexto de la Reforma del sector fue necesario empoderar el rol rector con el fin de establecer:

- Roles institucionales más precisos, separación funciones:
 - Asistencial
 - Regulación y fiscalización sanitaria.
- Mayor control y responsabilidad,
- Disminuir fragmentación de la Red Asistencial,
- Fortalecer rol coordinador del Director de Servicio de Salud
- Garantizar financiamiento fiscal de bienes públicos
- Uniformar criterios de formalización y fiscalización.
- Fortalecer capacidad analítica regional.

MINISTERIO DE SALUD

El Ministerio de Salud para la ejecución de sus acciones se rige por las leyes que establecen su accionar. El marco global respecto a la salud está dado por la Constitución Política de la República de Chile del año 2005, la cual explicita en su artículo 9º - El derecho a la protección de la salud:

“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado” [3]

Las normas fundamentales que definen funciones y estructura organizacional en el sector salud son las siguientes:

- **Código Sanitario** se contiene en el Decreto con Fuerza de Ley N° 725, de 1967, de salud, publicado en el Diario Oficial el 31 de enero de 1968. Básicamente, dicho código contiene las normas relativas a la protección y promoción de la salud, declaración obligatoria de enfermedades, estadísticas sanitarias, divulgación y educación sanitarias, profilaxis sanitaria internacional, higiene y seguridad del ambiente y lugares de trabajo, regulación de productos farmacéuticos, alimentos de uso médico, cosméticos, productos alimenticios y artículo de uso médico, el ejercicio de la medicina y profesiones afines, laboratorios, farmacias, observación y reclusión de enfermos mentales, de los alcohólicos y demás que presenten dependencia de otras drogas y sustancias, normas sobre inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, aprovechamiento de órganos, tejidos o partes del cuerpo de un donante vivo y de la utilización de cadáveres o de parte de ellos con fines científicos o terapéuticos y, finalmente, todo lo relativo a los sumarios sanitarios y las sanciones.
- **Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud**, Ley Orgánica de los organismos que configuran el sector: Ministerio de Salud, Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública de Chile, Central de Abastecimiento del Sistema, Superintendencia de Salud. Además contiene las disposiciones de la Ley N° 18.496 que regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

El Decreto con Fuerza de Ley N° 1 cuenta con varios reglamentos, los que se refieren a las funciones y organización del Ministerio de Salud, SEREMIs, Servicios de Salud y su relación con los programas de salud de las personas, como el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04, publicado en el Diario Oficial el 21/04/2005 y su modificación, Decreto 67/08 de 13 del 10 del 2008. Define la naturaleza y alcance del MINSAL, sus funciones, la organización y atribuciones. Asimismo, indica respecto a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, su naturaleza jurídica y objeto, sus funciones y organización.

El Programa bajo las leyes y normativas vigentes establece sus funciones a través de diferentes actores, de los cuales una parte ejecuta de manera programática las tareas y roles del programa en ambas Subsecretarías, y por otro lado, aquellos que potencian las labores del programa a través de temáticas, programas y departamentos complementarios.

1. Subsecretaría de Salud Pública

La Subsecretaría de Salud Pública (SSP), ejerce un rol rector como autoridad sanitaria nacional mediante funciones de vigilancia epidemiológica y protección de la salud de las personas en el entorno social, ambiental y laboral [4]. A nivel regional, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) y sus oficinas provinciales cumplen un rol de Autoridad Sanitaria Regional.

a) Equipo de Salud del Programa en la Subsecretaría de Salud Pública

En la SSP, el equipo del Programa depende del departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades.

TABLA N° 1. ESTÁNDAR RECURSO HUMANO INFANCIA SSP

Instrumento	Total Horas	Experiencia
Médico	44 horas	Especialidad Pediatría Magíster y/o Doctorado en Salud Pública Experiencia en redes asistenciales públicas demostrada en atención a niños (as)
Enfermera	44 horas	Magíster y/o Doctorado en Salud Pública Experiencia en redes asistenciales públicas demostrada en atención a niños (as)
Otros	Según disponibilidad	Además el equipo podrá contar con profesionales de apoyo que favorezcan la integralidad del Programa (médico salud familiar, psicólogos, kinesiólogos, nutricionistas, matronas etc.)

Para la designación de los profesionales se debe revisar el perfil de competencias (Anexo N°1), determinar las funciones correspondientes, efectuar la resolución exenta de su nombramiento y difundirla a la red asistencial, intersector y nivel central.

Funciones del Programa de infancia en SSP

- Elaborar el Programa Nacional de Salud de la Infancia y reformular su ejecución acorde al perfil epidemiológico, económico y social de población.
- Velar por su correcta aplicación, a través del monitoreo continuo, supervisión y evaluación.
- Evaluar periódicamente las metas e indicadores de salud en la infancia, de manera transversal.
- Efectuar búsqueda de evidencia científica que avale la mejor atención en salud periódicamente.
- Proponer y realizar, si es necesario, estudios e investigaciones que ayuden a la mejor toma de decisiones en beneficio de los niños y las niñas.
- Mantener reuniones periódicas con sociedades científicas, representantes de las universidades, de otros organismos del estado que tienen relación con la infancia como Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social, JUNAEB, JUNJI, INTEGRA, SENAME, COANIL, entre otros.

- Realizar reuniones periódicas en conjunto con los encargados del Programa Nacional de Salud de la Infancia de los Servicios de Salud y SEREMI, con el fin de actualizar y apoyar la gestión local del programa.
- Gestionar seminarios de actualización periódica de los encargados del Programa en los Servicios de Salud y en las Seremis.
- Difundir el Programa en toda la red asistencial pública y privada.
- Mantener contacto con organismos internacionales OMS, OPS y UNICEF.
- Establecer relaciones de cooperación en temas de infancia con otros países.
- Integrar el Comité Nacional de Lactancia Materna y Mortalidad Infantil.
- Propiciar el desarrollo del PADBP y su actualización

Para velar por las necesidades de salud infantil, el Programa se vincula periódicamente con diferentes departamentos y programas del Ministerio de Salud, a saber:

- Programa Nacional de Alimentos y Nutrición
- Departamento de Enfermedades Transmisibles
- Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial y Programa de apoyo al recién nacido (ChCC)
- Departamento de Enfermedades no Transmisibles
- Programa de Tuberculosis
- Departamento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
- Programa de Promoción de la Salud
- Departamento de Inmunizaciones
- Secretaría Técnica Ges
- Departamento de Salud Bucal
- Programa de la Mujer
- Departamento de Salud Mental
- Departamento de Discapacidad y Rehabilitación
- Programa IRA
- Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
- División APS y Gestión de la Red Asistencial

b) Secretarías Regionales Ministeriales

De acuerdo a las disposiciones establecidas en la Ley N° 19.937 sobre Autoridad Sanitaria, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) tienen una serie de funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud [5].

TABLA Nº 2. ESTÁNDAR RECURSO HUMANO SEREMIS

Instrumento	Total Horas	Experiencia
Profesional del área Infancia (de preferencia médico o enfermera)	22 horas	Formación y experiencia en la atención de niños y niñas de 0 a 9 años Formación en Salud Pública (postgrado)

Para la designación del encargado(a) se debe revisar el perfil de competencias, determinar las funciones correspondientes, efectuar la resolución exenta de su nombramiento y difundirla a la red asistencial pública y privada, intersector y nivel central.

Funciones

- Elaborar, actualizar y difundir los diagnósticos de la situación de salud infantil a nivel regional y comunal.
- Elaborar mapas de riesgo según población vulnerable regional considerando el enfoque territorial, y mantener plan de acción para monitoreo de actividades.
- Controlar y fiscalizar en forma periódica y aleatoria a los establecimientos de salud de su jurisdicción (centros de salud de APS y hospitales), sobre el cumplimiento de la normativa vigente del Programa, en la red de salud pública y privada.
- Efectuar seguimiento de las auditorías de muerte en menores de 1 año realizadas en los establecimientos de la red, y coordinar las auditorías de la red privada.
- Realizar reuniones periódicas con el intersector: JUNJI, JUNAEB, SENAME, COANIL, Subsecretaría de Educación, Subsecretaría de Planificación, Carabineros, Policía de Investigaciones, Tribunales de Justicia y otros organismos públicos, privados y ONGs, Mesa de Salud Intercultural, etc. de manera de potenciar la red de protección a la infancia y mejorar los flujos de información y de resolución de los problemas bio-socio-económicos que afectan a las familias con menores de 10 años.
- Incorporar en los planes anuales de promoción estrategias que fomenten los hábitos de vida saludable de niños y niñas.
- Mantener informado al intersector de brotes epidémicos que afecten la salud de la población infantil o cualquier información que potencie el mantenimiento o mejoramiento de la salud de este grupo.
- Favorecer el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Inmunizaciones.
- Realizar reuniones técnicas periódicas con encargados(as) del Programa en los Servicios de Salud para la ejecución de planes de acción que faciliten la resolución de temas de promoción, prevención y tratamiento con enfoque biopsicosocial de menores de 10 años.
- Realizar vigilancia, monitoreo y seguimiento a los niños y las niñas pesquisados a través de screening neonatal, programa de búsqueda masiva de HC-PKU.
- Realizar coordinación intersectorial con MINEDUC y JUNAEB para el funcionamiento del control de salud escolar.
- Monitorear el cumplimiento de Ges en la Infancia, Metas Sanitarias y Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década.

- Generar instancias de cooperación a nivel regional que fortalezca el enfoque promocional y preventivo de acciones en salud infantil, con instituciones regionales públicas y privadas, favoreciendo la inclusión y participación social de la comunidad (Chile Deportes, SERNATUR, etc.).
- Coordinar y velar por el adecuado y oportuno funcionamiento de las redes públicas y privadas en salud infantil.
- Participar activamente en comisiones regionales vinculadas a la salud infantil (Ej: Lactancia materna, Mortalidad Infantil).
- Monitorear y favorecer el cumplimiento de los indicadores del PADBP.

2. Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA)

La Subsecretaría de Redes Asistenciales es responsable de la gestión de la red de los servicios asistenciales y coordina 29 Servicios de Salud del país. Tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la red asistencial del sistema, para regular y velar por el funcionamiento de las redes de salud. A través del diseño de políticas de su coordinación satisface las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas, atención integral y la regulación de las acciones de salud, tales como, las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares que serán exigibles [6].

a) Encargados(as) del Programa Nacional de Salud de la Infancia en SRA

La Subsecretaría de Redes Asistenciales, contará con referentes que apoyen la gestión en procesos logísticos de infancia en la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP) y División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), bajo los modelos de salud familiar y de gestión hospitalaria.

TABLA N° 3. ESTÁNDAR RECURSO HUMANO SRA

Instrumento	Total Horas	Experiencia
Profesional del área infancia (de preferencia médico o enfermera/o)	44 horas	Formación y experiencia en la atención de niños y niñas de 0 a 9 años Formación en salud pública (postgrado).
Otros profesionales de Apoyo	Según disponibilidad	Además el equipo podrá contar con profesionales de apoyo que favorezcan la integralidad del programa (médico salud familiar, psicólogos(as), kinesiólogos(as), nutricionistas, matronas(es) etc.)

Para la designación de profesionales se debe revisar el perfil de competencias, determinar las funciones correspondientes, efectuar la resolución exenta de su nombramiento y difundirla a la red asistencial, intersector y nivel central.

Funciones:

- Planificación, seguimiento y evaluación de actividades de capacitación para equipos de salud de infancia en la red asistencial (diferentes niveles de atención).
 - Mantener a los equipos de salud actualizados sobre signos de alerta, pesquisa precoz de patologías prevalentes en la infancia y su tratamiento (salud bucal, problemas oftalmológicos/ auditivos, músculo esqueléticos y posturales, salud mental, nutricional, respiratorio, derivaciones a especialidades: cirugías, dermatología y otros), y de salud integral (derivación oportuna a consultas promocionales y preventivas a nutrición, psicología, kinesiología o educación).
 - Difundir e implementar orientaciones técnicas y administrativas del programa.
 - Fortalecer el trabajo con niños y niñas con situaciones especiales de salud (NANEAS), o cuidados críticos intensivos entre otros.
- Mantener a los equipos de salud actualizados en la vigilancia del crecimiento y desarrollo de niños y niñas a través de las actividades que el programa ha definido para estos fines.
- Establecer un mecanismo de medición y nivelación de competencias permanente mínimas, para profesionales que realizan la atención integral en la infancia, actualizadas cada 3 años (Objetivo Sanitario de la década 2011-2020).
- Realizar acompañamiento técnico para que los equipos de salud desarrollen actividades orientadas a la ejecución de acciones relacionadas con la promoción de la salud, intersectorialidad, interculturalidad y gestión territorial, supervisión local, monitoreo y capacitación continua.
- Generar instrumentos e informes que permitan mantener información relevante, pertinente y actualizada que oriente la gestión en infancia.
- Monitorear el sistema de referencia y contrarreferencia de la atención de niños y niñas, en la red local y nacional.
- Monitorear el cumplimiento de Objetivos Sanitarios, Metas Sanitarias, IAAPS, compromisos de gestión, Ges y otros en infancia.
- Seleccionar y priorizar estrategias que posibiliten la resolución de problemas locales a través del acompañamiento técnico a equipos de infancia.
- Gestionar el programa de salud escolar, a través de la gestión del recurso humano, capacitación del personal, ejecución de convenios, seguimiento de transferencia de recursos a municipios y monitoreo de cumplimiento de indicadores propuestos para su expansión.
- Elaboración de proyectos para apoyar la ejecución de nuevos programas, expansión y continuidad con el fin de potenciar la atención integral de niños y niñas.
- Efectuar en conjunto con equipo de salud pública, plan de acción anual para fortalecimiento de prestaciones en la infancia.

b) Servicios de Salud

Según el marco regulatorio le corresponderá al Director del Servicio de Salud (Gestor de Red) la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud que presen los establecimientos de la red asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, en el orden de la gestión, articulación y desarrollo de la red asistencial [7].

En el ámbito de la gestión de los programas de las personas corresponde programar y evaluar la ejecución de los planes, programas y las acciones que realiza la red respecto de la atención de salud de las personas y la organización y gestión de los recursos para su cumplimiento; asimismo, coordinar con los referentes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la adaptación a la realidad local de las normas asistenciales y protocolos de atención, teniendo presente la capacidad resolutive de la red y los recursos disponibles.

a) Encargado(a) del Programa Nacional de Salud de la Infancia en SRA

Acorde a la normativa y legislación vigente, se requiere contar con profesionales encargados (as) que realicen la coordinación técnica de la red asistencial en materia de infancia tanto en niveles de mayor o menor complejidad, apoyando la gestión logística y programática, estableciendo un vínculo con el equipo acorde a los modelos de salud familiar y modelo de gestión hospitalaria.

TABLA Nº 4. ESTÁNDAR RECURSO HUMANO EN SERVICIO DE SALUD.

Instrumento	Total Horas	Experiencia
Médico o enfermera (o)	33 horas	Formación y experiencia en la atención de niños y niñas de 0 a 9 años
Otros profesionales de apoyo	Según disponibilidad	Además el equipo podrá contar con profesionales de apoyo que favorezcan la integralidad del programa (médico salud familiar, psicólogos, kinesiólogos, nutricionistas, matronas, etc.).

Para la designación del "Encargado(a)" se debe revisar el perfil de competencias, determinar las funciones correspondientes, efectuar la resolución exenta de su nombramiento y difundirla a la red asistencial, intersector y nivel central.

Funciones

- Proporcionar el soporte y coordinación necesaria para que los establecimientos de salud realicen actividades relacionadas con la salud de niños y niñas y sus familias.
- Conocer la red asistencial y la oferta programática de los centros de salud que forman parte de su red en materia de infancia.
- Mantener un sistema de información actualizado respecto de los establecimientos de salud y de los posibles vacíos de cobertura o accesibilidad.

- Difundir e informar a la red asistencial los lineamientos técnicos del programa, considerando el enfoque territorial, sociocultural y local.
- Asesorar a la Dirección del Servicio en las materias propias del programa.
- Gestionar planes de acción y/o actividades que potencien la resolutivez de la red en materia de infancia como, por ejemplo, consultorías con profesionales de los hospitales pediátricos y servicios de pediatría y en los hospitales de mediana y alta complejidad en la APS; integración de cartera de servicios con instituciones del territorio como JUNAEB, etc.
- Utilizar instancias de difusión de normativas y gestión de programa a directores de establecimientos de la red asistencial (CIRA).
- Gestionar, dirigir y coordinar la formación y nivelación de competencias de profesionales de la red asistencial a través de cursos y seminarios de actualización continua en pediatría, en los diferentes niveles de atención.
- Evaluar y monitorear cumplimiento de las normas de referencia y contrarreferencia para el mejor seguimiento de niños y niñas (Ej: seguimiento de la red al alta).
- Optimizar el registro de prestaciones en infancia a nivel local y revisar técnicamente los registros estadísticos mensuales, previo a su envío al DEIS.
- Realizar reuniones periódicas de la red del programa de infancia con referentes de la Dirección de salud comunal, Centros de salud, Hospitales pediátricos, Servicio y/o Unidad de Pediatría y Neonatología, Policlínicos de seguimiento de especialidades pediátricas, entre otros, para revisión de temas técnicos, gestión de casos críticos, formación y capacitación y consultorías en los niveles de atención.
- Participar del Comité de análisis de auditorías de muerte de niños y niñas menores de 1 año.
- Participar en Comité de lactancia materna.
- Apoyar la labor de otros programas relacionados con la salud infantil como el Programa Nacional Inmunizaciones, Salud Mental, Nutrición, IRA, PADBP
- Evaluar el cumplimiento del programa de infancia en visitas consensuadas con los encargados(as) del programa en los CES.
- Conocer las organizaciones de la jurisdicción del Servicio de Salud que trabajen con infancia, públicas y/o privadas: JUNAEB, JUNJI, INTEGRA, COANIL y otras, de manera que contribuyan a la atención de los niños y niñas formando parte de la Infancia en el servicio de salud.
- Propiciar una coordinación efectiva entre las comunas y los centros de salud de APS.
- Conocer el diagnóstico epidemiológico regional con el fin de favorecer la oportuna toma de decisiones en el territorio del servicio de salud.
- Conocer las garantías de las patologías GES en la infancia y su flujo de intervención en la macrored.
- Realizar evaluación semestral y anual de los indicadores del programa.

b) Dirección de Salud Comunal (DSC)

La Dirección de salud comunal, efectúa sus acciones acorde al estatuto de atención primaria de salud [8].

Funciones

- Mantener una dotación de recurso humano de acuerdo al índice de relación profesional/habitante, perfil epidemiológico y vulnerabilidad de la población a atender.
- Proporcionar los recursos humanos y materiales necesarios para una atención de calidad de salud de la población infantil.
- Resguardar acceso y oportunidad de la atención de salud (demanda espontánea y programada) implementando estrategias de acuerdo a la realidad local.
- Facilitar la comunicación del equipo de salud con el sector de educación y otros actores sociales importantes que permitan lograr una coordinación y agilizar las respuestas a las necesidades de niños, niñas y sus familias, como mejoramiento de la vivienda, aportes de subsidios.
- Velar por la salud ambiental de niños y niñas a través de planes de mejora con apoyo local que contemple mejorías en áreas verdes, eliminación de microbasurales, aguas estancadas, etc.

c) Centros de Salud de Atención Primaria

La responsabilidad de la ejecución de las acciones del programa, radican en el Director del establecimiento. El Centro cuenta con jefes de sector, y a través de la ejecución del modelo de salud familiar despliega la cartera de prestaciones con enfoque de curso de vida.

Funciones:

- Velar por la correcta ejecución del programa y normativas vigentes en todos los sectores con el fin de efectuar una atención oportuna y de calidad.
- Planificar anualmente las acciones del programa para dar cumplimiento a las metas comprometidas en APS.
- Mejorar coberturas de la población bajo control del programa hacia la tendencia de 100% en población inscrita o asignada, dependiendo del Servicio de Salud.
- Realizar evaluaciones periódicas del número de rechazos de atención en "demanda espontánea" de morbilidad en menores de 10 años y generar estrategias de mejora.
- Realizar evaluaciones de la inasistencia a control de la población infantil, en cada uno de los sectores, focalizando con mayor prioridad en menores de 1 año, y generar estrategias de mejora.
- Efectuar las auditorías de muerte de menores de un año por el equipo de sector que le corresponda en forma oportuna y efectuar difusión de resultados con equipo técnico para establecer estrategias de mejora.

- Colaborar con encargado(a) de programa de inmunizaciones y epidemiología del Centro en la notificación de reacciones adversas a vacunas y la notificación de ENO.
- Participar en las reuniones de equipo de cada sector, para difundir, ejecutar, supervisar y coordinar diferentes procesos de atención en infancia.
- Realizar evaluación local del programa, y difundir información en reuniones de sector y autoridades del CES y la comunidad.
- Apoyar la elaboración del diagnóstico participativo del Centro de salud, en los aspectos relacionados con la infancia.
- Actualizar periódicamente competencias técnicas y con participación activa, a través de capacitaciones en el área de infancia.
- Participar en los Consejos Técnicos Administrativos del Centro de salud.
- Supervisar y monitorear el sistema de referencia y contrarreferencia en infancia a nivel local, y trabajar en conjunto con el Servicio de Salud los nodos críticos detectados.
- Realizar acciones que apoyen la promoción y prevención de la salud familiar y comunitaria.

d) Centros de Mayor Complejidad

Las funciones en los Centros de mayor complejidad, obedecen al modelo de gestión hospitalaria, y el Director del establecimiento a través de las subdirecciones y jefaturas de sector, establecen la línea de jerarquía y de responsabilidad. Las líneas de acción y atención en infancia se ejecutan en todos los Centros de atención abierta y cerrada de especialidad pediátrica y subespecialidades.

Funciones:

- Velar porque en todos los Servicios clínicos, Unidades pediátricas y Unidades neonatales se entregue una atención oportuna, de calidad e integral a niños y niñas, y se cumplan las normas específicas establecidas en el programa.
- Realizar evaluaciones periódicas sobre la cartera de prestaciones de niños y niñas en los Servicios clínicos y Unidades pediátricas y neonatales.
- Mantener un sistema de atención integral, en conjunto con los centros derivadores y receptores, desde el ingreso del paciente, incluyendo su familia, considerando aspectos biopsicosociales necesarios al momento del alta.
- Realizar evaluaciones periódicas sobre demanda de atención acorde a los estándares de ocupación, disponibilidad de recurso humano, equipamiento e insumos, con el fin de proponer estrategias de intervención.
- Conocer, actualizar y difundir la cartera de prestaciones pediátricas y neonatales del establecimiento.
- Analizar los resultados de las infecciones asociadas a atención en salud, auditorías de muerte infantil en menor de 1 años, casos sociales, entre otros, en los Servicios clínicos de dependencia infantil con el fin de proponer medidas de mejora continua.
- Reiterar y evaluar periódicamente la notificación de reacciones adversas a vacunas, medicamentos y la notificación de enfermedades de notificación obligatoria.

- Promover acciones que apoyen la lactancia materna exclusiva.
- Asistir periódicamente, según necesidad, a las reuniones de Servicio clínico, para informar y conocer la evaluación de la atención en la infancia en cada uno de ellos.
- Participar de las reuniones técnicas regionales, de capacitación y evaluación en el marco del Programa Nacional de Salud de la Infancia, convocadas por los Servicios de Salud o SEREMIs.
- Mantener la coordinación con servicios clínicos de apoyo a la infancia, (Sedile, SOME, Ges, Servicios social, Casas de acogida, ONG, OIRS etc.).
- Actualizar competencias para la atención en infancia periódicamente acorde a las normas vigentes y/o protocolos.
- Informar de las evaluaciones y gestiones que tienen atingencia al programa.
- Desarrollar y mantener el sistema de referencia y contrarreferencia e informar de los problemas de coordinación.
- Establecer mecanismos de coordinación activa, con otros establecimientos de la red asistencial (Ej: Alta pacientes pediátricos, oxigenoterapia domiciliar, etc.).

www.serviciodesaludaconcagua.cl

CAPÍTULO II

ESTÁNDARES PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DE LA INFANCIA

En este capítulo se dará a conocer los estándares para la atención en salud de niños y niñas de 0 a 9 años.

La atención integral de la población infantil, corresponde a un conjunto de acciones destinadas a vigilar con la familia el normal crecimiento y desarrollo de niños y niñas, pesquisar riesgos potenciales en su salud, recuperar el daño y apoyar procesos de rehabilitación dependiendo de las necesidades de salud. Estas prestaciones otorgadas a niños, niñas y sus familias deben considerar el enfoque de curso de vida, desde la gestación hasta la adolescencia así como es necesario contar para su realización con estándares de recurso humano, físicos y financieros que permitan medir la calidad de la atención proporcionada.

El programa de prestaciones se canaliza a través de **prestaciones universales** que corresponden a acciones promocionales y preventivas dirigidas a todos los niños y niñas, cuyo objetivo común es velar por el bienestar biopsicosocial de ellos y sus familias. Incluye controles de salud, consultas nutricionales y talleres, entre otros.

Las prestaciones específicas corresponden a un conjunto de atenciones dirigidas a niños y niñas que tienen requerimientos específicos o adicionales en salud. Estos requerimientos pueden surgir de banderas rojas detectadas en el control de salud, de la red intersectorial u otras situaciones específicas, incluyendo aquellas pesquisadas por la familia. Generalmente estas prestaciones son diferenciadas y corresponden a consultas de profesionales de distintas disciplinas, médicos y/o especialistas, además de prestaciones como visitas domiciliarias, talleres de intervención, atención hospitalaria, exámenes de laboratorio, entre otros.

Cada prestación requiere de estándares de atención que se describirán a continuación.

ESTÁNDARES FÍSICOS PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS

Los estándares físicos están determinados según los requisitos para construcción de Centros Asistenciales (CESFAM, CECOF, Hospitales, Postas etc.), que elabora la Subsecretaría de Redes Asistenciales [9]).

Es importante considerar que generalmente los box de atención en el caso de la atención primaria son box de uso múltiple (contexto salud familiar) y en el caso de los hospitales, se adecuan según especialidad (ej. Neonatología, Cirugía Infantil, UCI pediátrica).

La supervisión constante de los estándares de calidad de la atención, permitirán medir la brecha existente, priorizar los recursos faltantes

Para realizar la atención de salud de niños(as) se requiere contar a lo menos con los siguientes implementos:

TABLA N° 5. IMPLEMENTOS BOX DE ATENCIÓN PARA CONTROLES, CONSULTAS DE SALUD INFANTIL, ATENCIÓN ABIERTA

Implemento	Criterio
Dispensador jabón	Que posea jabón y que esté en buen funcionamiento
Dispensador de toalla desechable	Con toalla y que esté en buen funcionamiento
Lavamanos	En buen estado y funcionando
Basurero	Verificar si existe, si hay, verificar si están en uso y funcionando óptimamente.
Camilla	Verificar si existe, si hay, verificar si están en uso y funcionando óptimamente.
Papel desechable para camilla	Cuenta con papel para camilla
Escabel	En buen estado y funcionando
Estadiómetro con tope móvil	En buen estado y funcionando
Balanza pediátrica	De mesa en buen estado y calibrada
Balanza de pie	En buen estado y calibrada
Cinta métrica flexible	Cinta para perímetro craneano , metálica de pequeño diámetro (de otro material se extienden con el uso)
Termómetro	Digital
Batería evaluación para Evaluación de Desarrollo Psicomotor	Completa
Material antisepsia: Alcohol 70°, algodón y/o gasa, otros.	En buen estado
Material educativo	Material Chile Crece Contigo u otros.
Estetoscopio	En buen estado y funcionando
Curvas de Crecimiento	(Peso, Talla, Perímetro Craneano)
Temperatura adecuada	20 - 25 °C
Esfigmomanómetro con manguito de presión pediátrico	Análogo o digital

Salas de espera (Que favorezca la espera de padres, madres con niños(as))	
Asientos	Suficientes y en buen estado
Hacinamiento	Escaso
Temperatura	Adecuada (20 °c)
Murales	Con contenido educativo para niños y niñas
Baño	En buen estado físico e higiénico y con mudador para menores
Basureros	Verificar si existen, si hay, verificar si están en uso y funcionando óptimamente.

ESTÁNDARES DE PROGRAMAS TRANSVERSALES COMPLEMENTARIOS AL CONTROL DE SALUD

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) de enfermedades especiales

Es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen alimentos destinados a niños, niñas y adolescentes y gestantes, con diagnóstico de Fenilcetonuria (PKU), Enfermedad "Orina olor a Jarabe de Arce, Acidemia Propiónica, Acidemia Metilmalónica, Acidemia Isovalérica y Citrulinemia tipo 1. Dicho beneficio se entrega desde el nacimiento hasta los 17 años 11 meses y 29 días, mujeres PKU en etapa preconcepcional (si es posible 2 meses antes de la gestación).

El PNAC de enfermedades especiales, considera como beneficio, sustitutos lácteos para fenilcetonúricos y sustitutos proteicos para otros errores innatos del metabolismo. Estos productos son libres de los aminoácidos comprometidos en la vía metabólica alterada y con vitaminas, minerales y otros nutrientes esenciales

TABLA N° 6. ESTÁNDARES DISTRIBUCIÓN PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Programa Nacional de Alimentación Complementaria				
	Cobertura	Concentración	Rendimiento	Recurso Humano
Programa Nacional de Alimentación Complementaria	Porcentaje de población infantil, hasta los 6 años, mujeres embarazadas y madres que amamantan hasta el 6° mes post parto, niños y adolescentes con enfermedades metabólicas, que asisten regularmente a las actividades de salud de los establecimientos de atención primaria de salud, con sus controles de salud al día independiente de su situación previsional de salud.	Número de veces que reciben alimentación complementaria en el año	25 kilos x hora	Hora Auxiliar paramédico o Tens de alimentación

A) Prestaciones y Beneficios Transversales de Acceso Universal

Inmunizaciones

Es la actividad derivada del control de salud, mediante la cual se genera o refuerza la respuesta del organismo frente a afecciones específicas, a través de la administración de un producto biológico con capacidad inmunogénica.

TABLA N° 7. CALENDARIO PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Edad	Vacuna	Protege contra	Rendimiento	Recurso Humano
RN	BCG	Tuberculosis	10 dosis x hora	Hora matrón/a
2 y 4 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. influenza tipo B	10 dosis x hora	Hora enfermera/o y técnico paramédico
	Polio oral	Poliomielitis		
	Neumocócica conjugada	Enfermedad por Neumococo		
6 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. influenza tipo B	10 dosis x hora	Hora enfermera/o y técnico paramédico
	Polio oral	Poliomielitis		
12 Meses	Tres Vírica	Sarampión Rubeola Parotiditis	10 dosis x hora	Hora enfermera/o y técnico paramédico
	Neumocócica conjugada	Enfermedad por Neumococo		
18 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H.influenza tipo B	10 dosis x hora	Hora enfermera/o y técnico paramédico
	Polio oral	Poliomielitis	10 dosis x hora	Hora enfermera/o y técnico paramédico
1° Básico	Tres Vírica	Sarampión Rubeola Parotiditis	10 dosis x hora	Hora enfermera/o y técnico paramédico
	DPT (Acelular)	Difteria Tétanos Tos Convulsiva		
8° Básico	DPT(Acelular)	Difteria Tétanos Tos Convulsiva	10 dosis x hora	Hora enfermera/o y técnico paramédico

ESTÁNDAR DE RECURSO HUMANO PRESTACIONES UNIVERSALES EN INFANCIA

TABLA N° 8. ACTIVIDADES PROMOCIONALES PARA NIÑOS Y NIÑAS

Prestación	Concentración	Cobertura	Rendimiento	Recurso Humano
Actividades promoción comunidad	Realizar a lo menos 5 actividades de promoción sugeridas en la guía en algún espacio comunitario, según realidad local	Comunidad según programación local	Según programación local	Equipo de salud integral, según requerimiento (Tens, kinesiólogo, nutricionista, matrona, enfermera, terapeuta ocupacional, educadora, asistente Social, psicólogos, médico u otros)
Consejería promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco	Mínimo 1, y más según necesidad	70% menores de 3 meses (priorizar score de riesgo de morir por neumonía moderado y severo)	Individual: 3 x hora Grupal 3 a 5 x hora (esta consejería puede ser parte del control de salud)	Equipo de salud integral, según requerimiento (Tens, kinesiólogo, nutricionista, matrona, enfermera, terapeuta ocupacional, educadora, asistente social, psicólogos, médico u otros)
Promoción de Lactancia Materna¹	En ingreso de la diada, hasta el control de los 2 años (adelantándose a crisis transitorias de lactancia, incorporación alimentos sólidos y formula.	80% de niños y niñas	2 x hora 3 a 5 por hora grupal	Equipo de salud integral, según requerimiento (Tens, kinesiólogo, nutricionista, matrona, enfermera, terapeuta ocupacional, educadora, asistente social, psicólogos, médico u otros)
Talleres Nadie es Perfecto	4 talleres anuales por facilitador	15% de padres, madres y/o cuidadores derivados de control de salud.	6 a 8 sesiones mínimas por taller para cada familia	Facilitador de metodología Nadie es Perfecto

1 Cuando habla de Lactancia Materna se excluye a las mujeres que viven con VIH. Es alerta roja la lactancia exclusiva y mixta en hijos e hijas de madres VIH positivo.

Talleres grupales de 0 a 3 meses²	1 taller temático mensual o según necesidad	80% de niños y niñas menores de 3 meses y/o según necesidad	3 a 5 familias x hora.	Equipo de salud integral, según requerimiento (Tens, kinesiólogo, nutricionista, matrona, enfermera, terapeuta ocupacional, educadora, asistente social, psicólogos, médico u otros)
Talleres Grupales 3 meses y más	1 taller temático mensual o según necesidad	50% de niños y niñas	3 a 5 familias x hora.	Equipo de salud integral, según requerimiento (Tens, kinesiólogo, nutricionista, matrona, enfermera, terapeuta ocupacional, educadora, asistente social, psicólogos, médico u otros)
Talleres promocionales en coordinación con el intersector	1 a 3 (dependiendo del tipo del taller)	80% niños y niñas derivados según diagnóstico local de salud.	1 a 3 sesiones de 3 a 5 familias x hora	Equipo de salud integral, según requerimiento (Tens, kinesiólogo, nutricionista, matrona, enfermera, terapeuta ocupacional, educadora, asistente social, psicólogos, médico u otros)

2 No incluye a Taller Nadie es Perfecto

TABLA N°9. ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS A TRAVÉS DEL CONTROL DE SALUD INFANTIL

	Actividades	Estándares
Día ³ , antes de los 10 días de vida	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepción de los antecedentes del proceso de nacimiento y puerperio. • Confirmar registro de vacuna BCG en la maternidad. • Confirmar registro de toma PKU y TSH en la maternidad. • Seguimiento a los factores de vulnerabilidad detectados durante la gestación y al plan de intervención. • Evaluación biopsicosocial de la madre, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. • Evaluación biopsicosocial del recién nacido o nacida, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. • Aplicación Score riesgo de morir por neumonía. • Evaluación y apoyo a la técnica de lactancia materna con el objetivo de mantener o recuperar la lactancia materna exclusiva. • Consignar diagnóstico, considerando: Incremento ponderal desde alta hospitalaria, lactancia materna con o sin dificultades. Especificar problemas detectados, problemas de salud detectados en el niño o niña, problemas de salud detectados en la madre, problemas psicosociales detectados, etc. • Pesquisa de banderas rojas y generar eventuales derivaciones tanto de la madre como del RN. • Generar adherencia de la familia al control de salud del niño y la niña, incentivando la participación del padre. • Entrega de material educativo, Acompañándose a descubrir 1 Pack N°1 y N° 2. • Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda • Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores considerando alimentación, fomento del desarrollo psicomotor, prevención de accidentes, e indicaciones específicas según su diagnóstico biopsicosocial, generar las derivaciones en caso necesario. 	<p>Cobertura 100% atención según demanda espontánea</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 60 minutos por diada</p> <p>Recursos humanos: Hora matrón/a o médico</p>

3 Están contenidas las principales actividades en el control de la día³, para mayor información consultar el "Manual de Atención personalizada en el proceso reproductivo", Minsal 2008.

1 mes	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Evaluación integral a la relación madre, padre e hijo o hija ▪ Aplicación de Protocolo neurosensorial y pesquisar anomalías o malformación ▪ Aplicación de Score de riesgo de morir por neumonía. ▪ Recetar medicamentos en caso que sea necesario e indicar vitamina D 400 UI. ▪ Evaluación de la lactancia, técnica y eventuales problemas presentados, apoyo en solución de problemas y consejería. ▪ Consignar diagnóstico, considerando: Diagnostico nutricional, desarrollo integral, problemas de salud encontrados, problemas psicosociales a nivel familiar, otros problemas detectados. ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña. ▪ Incentivar la participación del padre en los controles de salud ▪ Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura 100% atención según demanda espontánea</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora médico</p>
2 meses	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Aplicación Escala Edimburgo de detección de depresión post parto a la madre⁴. ▪ Fomento de la lactancia materna exclusiva y evaluación ▪ Aplicación de Score de riesgo de morir por neumonía. ▪ Solicitud Rx de pelvis para su revisión a los 3 meses. ▪ Inmunizaciones, según calendario. ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña. ▪ Incentivar la participación del padre en los controles de salud ▪ Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura 100% atención según demanda espontánea</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermero/a o médico</p>

⁴ Registrar el resultado de la escala de Edimburgo en la ficha del niño o la niña, agenda de la mujer e idealmente también en la ficha de la madre.

3 meses	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Revisión resultados de Rx de pelvis (GES displasia luxante de caderas) ▪ Fomento de la lactancia materna exclusiva y evaluación, apoyando a la madre en la resolución de dificultades o problemas en torno a la lactancia. ▪ Aplicación Score riesgo de morir por neumonía ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña. ▪ Incentivar la participación del padre en los controles de salud ▪ Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora médico</p>
4 meses	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Aplicación Escala de relación vincular (ADS). ▪ Aplicación Pauta Breve de DSM. ▪ Inmunizaciones, según calendario. ▪ Aplicación Score riesgo de morir por neumonía. ▪ Fomento de la lactancia materna exclusiva y evaluación, apoyando a la madre en la resolución de dificultades o problemas en torno a la lactancia. ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña. ▪ Incentivar la participación del padre en los controles de salud ▪ Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos Humanos: Hora enfermero/a o médico</p>
5 mes	<p>Consulta Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación nutricional integral, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Refuerzo de la mantención de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes ▪ Educación en incorporación de alimentación sólida a partir 6to mes. ▪ Educación para evitar introducción precoz de alimentos de alta densidad calórica; cero sal y azúcar. 	<p>Cobertura 100% de la población infantil bajo control con estado nutricional normal</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora nutricionista</p>

6 meses	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Aplicación Escala Edimburgo⁵. ▪ Aplicación Score riesgo de morir por neumonía ▪ Inmunizaciones, según calendario. ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña. ▪ Incentivar la participación del padre en los controles de salud ▪ Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. ▪ Entrega de pauta de riesgos en el hogar (evaluar resultados en control de 8 meses) ▪ Entrega de material educativo, Acompañándote a Descubrir 1-Pack N° 3 	<p>Cobertura 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermero/a o médico</p>
8 meses	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Aplicación de Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor. ▪ Revisión y consejería en torno a Pauta de riesgos del hogar completada por los padres. ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermero/a o médico</p>

⁵ Intencionar el registro de pauta de Edimburgo en la ficha del niño o la niña, agenda de la mujer e idealmente también en la ficha de la madre

12 meses	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Aplicación Escala de relación vincular (ADS). ▪ Aplicación Pauta Breve de DSM ▪ Inmunizaciones, según calendario. ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña. ▪ Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. ▪ Entrega de material educativo, acompañándote a Descubrir 2-Pack N° 1 y Pack N° 2 	<p>Cobertura 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermero/a o médico</p>
18 meses	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Aplicación de Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor. ▪ Aplicación ficha de pautas de evaluación bucodentaria y entrega de recomendaciones de acuerdo a estas pautas. ▪ Inmunizaciones, según calendario. ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. ▪ Entrega de material educativo, Acompañándote a Descubrir 2-Pack N° 3 y Pack N° 4 	<p>Cobertura 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 45 min - 1 hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermera/o o médico</p>

2 años	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Aplicación Pauta Breve de DSM ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Derivación a control de salud bucal, con Odontólogo ▪ Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. ▪ Entrega de material educativo, Acompañándote a Descubrir 2-Pack N° 5. 	<p>Cobertura 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermero/a o médico</p>
	<p>Control de Salud bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de salud bucal integral, con un enfoque promocional y prevención de las principales patologías bucales ▪ Educación de salud bucal y hábitos saludables ▪ Control de malos hábitos bucales ▪ Refuerzo de higiene bucal ▪ Refuerzo alimentación saludable 	<p>Cobertura 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora odontólogo/a</p>
3 años	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Aplicación de Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor. ▪ Toma de presión arterial ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 45 min - 1 hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermera/o o médico</p>

3 años 6 meses	<p>Consulta Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación nutricional integral, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Educación en estilos de vida saludable con énfasis en alimentación y actividad física ▪ Aplicación de ficha de pautas de evaluación buco-dentaria y entrega de recomendaciones de acuerdo a estas pautas. 	<p>Cobertura 100% de la población infantil bajo control con estado nutricional normal</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora nutricionista</p>
4 años	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud. ▪ Evaluación agudeza visual ▪ Toma de presión arterial ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermero/a o médico</p>
5 años	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud, incluyendo <ul style="list-style-type: none"> ▸ Toma de presión arterial ▸ Evaluación agudeza visual ▸ Evaluación auditiva ▸ Evaluación de Tanner y genitales. ▸ Evaluación de signos de asma bronquial. ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura Según programación local⁶</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermero/a o médico</p>

⁶ La cobertura dependerá si el centro de salud efectúa el control en el centro de salud o en el colegio, por lo cual queda a resorte local

6 años	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Toma de presión arterial ▫ Evaluación agudeza visual ▫ Evaluación auditiva ▫ Medición de perímetro de cintura ▫ Evaluación de Tanner y genitales. ▫ Evaluación de signos de asma bronquial. ▪ Derivar a control de salud oral (GES) ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura Según programación local</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermero/a o médico</p>
	<p>Control de Salud bucal - GES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de salud bucal integral, con un enfoque promocional y prevención de las principales patologías bucales ▫ Educación de salud bucal y hábitos saludables ▫ Control de malos hábitos bucales ▫ Refuerzo de higiene bucal ▫ Refuerzo alimentación saludable ▫ Prevención de las principales patologías bucales 	<p>Cobertura 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora odontólogo(a)</p>
7 años	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Verificar administración de vacuna en primero básico ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Toma de presión arterial ▫ Evaluación agudeza visual ▫ Evaluación auditiva ▫ Medición de perímetro de cintura ▫ Evaluación de Tanner y genitales. ▫ Evaluación de signos de asma bronquial. ▪ Screening de Salud Mental ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura Según programación local</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos Humanos: Hora enfermero/a o médico</p>

8 años	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Toma de presión arterial ▫ Evaluación agudeza visual ▫ Evaluación auditiva ▫ Medición de perímetro de cintura ▫ Evaluación de Tanner y genitales. ▫ Evaluación de signos de asma bronquial. ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura Según Programación Local</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermero/a o médico</p>
9 años	<p>Control de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas. ▪ Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Toma de presión arterial. ▫ Evaluación agudeza visual. ▫ Evaluación auditiva. ▫ Medición de perímetro de cintura. ▫ Evaluación de Tanner y genitales. ▫ Evaluación de signos de asma bronquial. ▪ Screening de Salud Mental. ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. ▪ <u>Derivar a Programa de Adolescentes y Jóvenes</u> 	<p>Cobertura Según programación local</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento 2 por hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermero/a o médico</p>

TABLA N°10. CONTROL DE SALUD ABREVIADO

Actividad principal		Cobertura	Estándar
Mayor de 2 años	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Antropometría ▸ Derivación a entrega de alimentación complementaria ▸ Inmunización según indicación ▸ Estimulación ▸ Educación 	Niños y niñas mayores de dos años, en zonas rurales que no cuenten profesional Médico o Enfermero/a en ronda	Concentración: 1 Rendimiento: 3 x hora Recurso humano: TENS

▸ Control de Salud Escolar

Desde el año 1992, la JUNAEB asume la implementación del Programa de Salud Estudiante, cuyo objetivo es apoyar al estudiante a fin de que pueda acceder al proceso educacional en condiciones más igualitarias que le permitan enfrentar este desafío con éxito. En la actualidad el programa de salud de JUNAEB contempla prestaciones de pesquisa de problemas de salud frecuentes en la edad escolar, orientadas principalmente a las áreas: odontológica, ortopédica, auditiva y visual. En el área de salud mental, desarrolla el programa de Habilidades para la Vida, y Retención escolar. Todas estas acciones contribuyen de una manera importante a los requerimientos de salud de la población escolar, no obstante algunas áreas relevantes del desarrollo de este grupo etario requieren un abordaje integral en el control de salud (Anexo N°2).

El control de salud propuesto desde el Ministerio de Salud, tiene un enfoque integral y es complementario al Programa de Salud del estudiante y privilegia contenidos promocionales y preventivos. La atención posee un enfoque territorial, acorde a los lineamientos del modelo de salud familiar, está centrado en los niños, niñas y sus familias y hace énfasis en la identificación de las redes de apoyo disponibles a nivel local.

El propósito de la atención escolar es otorgar una atención integral y resolutive a la población de 5 a 9 años a través de controles de salud realizados en el establecimiento educacional, que contribuyan a la promoción de factores protectores de la salud y el desarrollo y a la pesquisa oportuna de problemas de salud prevalentes.

Es necesario contar con un control de salud de la población de 5 a 9 años, en el establecimiento educacional debido:

- Favorece la oportunidad de la prestación y la pesquisa temprana de los principales factores de riesgo de enfermedad.
- Favorece la oportunidad de derivación
- La población se encuentra cautiva en el Establecimiento educacional, lo que favorece la oportunidad en la atención.
- Existe evidencia que sustenta que los principales problemas de salud que prevalecen en la infancia son traspasados a la adolescencia y adultez, con alto costo sanitario de intervención.

- Mejorar la calidad de vida de niños y niñas, a partir de la detección oportuna de factores de riesgo más prevalentes en salud, en etapa escolar.
- Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de salud en niños y niñas menores de 10 años, considerando el enfoque de curso de vida.
- Contribuye a la reducir la mortalidad y morbilidad infantil en la población menor de 10 años.

TABLA N°11. ESTÁNDAR CONTROL DE SALUD ESCOLAR DE 5 A 9 AÑOS EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL

	Actividad Principal	Estándares
5 años	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Entrega de documentación, (cuestionarios y consentimiento informado) a los padres, a través de "comunicaciones" o en reuniones de apoderado. ▸ Recepción de consentimiento informado firmado y cuestionarios correspondientes ▸ Revisión de cuestionario de salud infantil para madre, padres y/o cuidador principal. ▸ Examen Físico <ul style="list-style-type: none"> ▸ Evaluación nutricional ▸ Evaluación ortopédica ▸ Toma de presión arterial ▸ Evaluación agudeza visual ▸ Evaluación auditiva ▸ Evaluación de la piel ▸ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▸ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura según programación local</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento <i>Grupal:</i> 1 grupo x hora (3 a 5 pers.). <i>Individual:</i> 2 x hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermera/o y/o médico y técnico paramédico</p>

6 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega de documentación (cuestionarios y consentimiento informado (Anexo N°3)) a los padres, a través de “comunicaciones” o en reuniones de apoderado. ▪ Recepción de consentimiento informado firmado y cuestionarios correspondientes ▪ Evaluar se aplicaron vacuna, según calendario de PNI ▪ Revisión de cuestionario de salud infantil para madre, padres o cuidadores. ▪ Examen Físico <ul style="list-style-type: none"> ▫ Evaluación nutricional ▫ Evaluación ortopédica ▫ Toma de presión arterial ▫ Evaluación agudeza visual ▫ Evaluación auditiva ▫ Evaluación de la piel ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura Según programación Local</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento <i>Grupal:</i> 1 grupo x hora (3 a 5 pers). <i>Individual:</i> 2 x hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermera/o y/o médico y técnico paramédico</p>
7 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega de documentación (cuestionarios y consentimiento informado) a los padres, a través de “comunicaciones” o en reuniones de apoderado. ▪ Recepción de consentimiento informado firmado y cuestionarios correspondientes ▪ Revisión de cuestionario de salud infantil para madre, padres o cuidadores. ▪ Examen Físico <ul style="list-style-type: none"> ▫ Evaluación Nutricional ▫ Evaluación ortopédica ▫ Toma de presión arterial ▫ Evaluación agudeza visual ▫ Evaluación auditiva ▫ Evaluación de la piel ▪ Evaluación de Screening de Salud Mental ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura Según programación Local</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento <i>Grupal:</i> 1 grupo x hora (3 a 5 pers.). <i>Individual:</i> 2 x hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermera/o y/o médico y técnico paramédico</p>

8 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega de documentación (cuestionarios y consentimiento informado) a los padres, a través de "comunicaciones" o en reuniones de apoderado. ▪ Recepción de consentimiento informado firmado y cuestionarios correspondientes ▪ Revisión de Cuestionario de Salud Infantil para madre, padres o cuidadores. ▪ Examen Físico <ul style="list-style-type: none"> ▫ Evaluación nutricional ▫ Evaluación ortopédica ▫ Toma de presión arterial ▫ Evaluación agudeza visual ▫ Evaluación auditiva ▫ Evaluación de la piel ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. 	<p>Cobertura Según programación Local</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento <i>Grupal:</i> 1 grupo x hora (3 a 5 pers.). <i>Individual:</i> 2 x hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermera/o y/o médico y técnico paramédico</p>
9 años	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega de documentación (cuestionarios y consentimiento informado) a los padres, a través de "comunicaciones" o en reuniones de apoderado. ▪ Recepción de consentimiento informado firmado y cuestionarios correspondientes ▪ Revisión de cuestionario de Salud Infantil para madre, padres o cuidadores. ▪ Examen físico <ul style="list-style-type: none"> ▫ Evaluación nutricional ▫ Evaluación ortopédica ▫ Toma de Presión arterial ▫ Evaluación agudeza visual ▫ Evaluación auditiva ▫ Evaluación de la piel ▪ Evaluación de Screening de Salud Mental ▪ Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña. ▪ Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario. ▪ Derivar a Programa de Adolescentes y Jóvenes 	<p>Cobertura Según programación Local</p> <p>Concentración 1</p> <p>Rendimiento <i>Grupal:</i> 1 grupo x hora (3 a 5 pers.). <i>Individual:</i> 2 x hora</p> <p>Recursos humanos: Hora enfermera/o y/o médico y técnico paramédico</p>

ESTÁNDAR DE RECURSO HUMANO PRESTACIONES ESPECÍFICAS EN INFANCIA**a) Consulta de morbilidad****TABLA N°12. ATENCIÓN EN CONSULTA DE MORBILIDAD**

Prestación	Cobertura	Concentración	Rendimiento	Recurso humano
Consulta por morbilidad espontánea	100% demanda	1	3 x hora	Médico

b) Requerimiento de atención odontológica**TABLA N°13. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

Prestación	Cobertura	Concentración	Rendimiento	Recurso humano
Consulta salud bucal	Según demanda	1	2 x hora	Odontólogo/a
Consulta Odontológica de urgencia	Según demanda	1	3 x hora	Odontólogo/a

c) Apoyo a la continuidad de la lactancia materna**Consulta de lactancia materna****TABLA N° 14. ATENCIÓN CONTINUIDAD DE LACTANCIA MATERNA**

Prestación	Cobertura	Concentración	Rendimiento	Recurso humano
Consulta de lactancia materna	100% de las madres con dificultades de LM consulta de Urgencia	Según necesidad	Individual 2 x hora	Enfermera médico matrona nutricionista

d) Niños y niñas con riesgo de malnutrición:

TABLA N° 15. ESTÁNDARES NIÑOS Y NIÑAS CON MALNUTRICIÓN

Prestación	Cobertura	Concentración	Rendimiento	Recurso humano
Consulta de lactancia materna	100% de las madres de menores de 6 meses con dificultades de LM consulta de urgencia	Según necesidad	2 x hora	Enfermera Médico Matrona Nutricionista
Consulta a niño o niña con riesgo de desnutrición	100% según demanda	Según necesidad	2 x hora al ingreso 3 x hora control	Nutricionista
	100% según demanda	Según necesidad	2 x hora	Médico
Consulta a niño o niña con desnutrición	100% según demanda	Según necesidad	2 x hora	Nutricionista
	100% según demanda	Según necesidad	2 x hora	Médico
Consulta a niño o niña con malnutrición por exceso (sobrepeso u obesidad)	100% según demanda	Según necesidad	2 x hora al ingreso 3 x hora control	Nutricionista
	100% según demanda	Según necesidad	2 x hora	Médico
	100% según demanda	Según necesidad	1 x hora	Nutricionista
Consulta nutricional a niño o niña por otros motivos	100% según demanda	Según necesidad	2 x hora al ingreso 3 x hora las siguientes consultas	Nutricionista

e) Niños y niñas o familias que presentan vulneración de derechos o vulnerabilidad social.

TABLA N° 16. ATENCIÓN DE NIÑOS(AS) QUE PRESENTAN VULNERACIÓN DE DERECHOS O VULNERABILIDAD SOCIAL.

Prestación o plan de cabecera	Actividad principal	Cobertura	Concentración	Rendimiento	Recurso humano
Consulta Social	Consulta para madres, padres y/o cuidadores o familias con riesgo social	100% detectado	Observado en nivel local	2 x hora	Trabajadora social
Seguimiento a niños y niñas con pesquisa de maltrato y/o abuso infantil	Plan integral de equipo de cabecera	100% detectado	1	Reuniones equipo integral	Equipo de salud
	Visita Domiciliaria Integral	100% detectado	Observado en nivel local	1 x hora	Equipo de salud capacitado
Seguimiento a niños y niñas con PFTI y/o ESCNNA	Plan integral de equipo de cabecera	100% detectado	1	Reuniones equipo integral	Equipo de salud
	Visita domiciliaria integral	100% detectado	Observado en nivel local	1 x hora	Equipo de salud capacitado

www.serviciodesaludlaconcepcion.cl

f) Niños y niñas o familias con riesgo o con problemas de Salud Mental

TABLA Nº 17. ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS CON REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Prestación	Actividad principal	Cobertura
Consulta de Salud Mental	Consulta a niños o niñas, a sus familiares y/o cuidadores, o personas con factores de riesgo de desarrollar trastorno mental	<p>Cobertura : 100% de quienes la requieran</p> <p>Concentración: Según plan de tratamiento individual</p> <p>Rendimiento: 2 x hora</p> <p>RRHH: Profesional de salud capacitado o integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría</p>
Psicoterapia individual	Psicoterapia individual a niños y niñas con diagnóstico de un trastorno mental	<p>Cobertura: 100% de quienes la requieran</p> <p>Concentración: Según plan de tratamiento individual</p> <p>Rendimiento: 45 minutos</p> <p>RRHH: Psicólogo clínico acreditado</p>
Psicodiagnóstico	Psicodiagnóstico niños o niñas referidos(as) para complementar diagnóstico psicológico	<p>Cobertura : 100% de quienes la requieran</p> <p>Concentración: Según plan de tratamiento individual</p> <p>Rendimiento: rendimiento variable de 1 a 3 horas dependiendo del test aplicado</p> <p>RRHH: Psicólogo clínico acreditado</p>
Intervención psicosocial grupal	Intervención psicosocial grupal niños, niñas, padres u otros usuarios afines, según plan de tratamiento	<p>Cobertura : 100% de quienes la requieran</p> <p>Concentración: Según plan de tratamiento individual</p> <p>Rendimiento: 1 sesión x 2 horas</p> <p>RRHH: Equipo local integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría</p>
Visita integral de Salud Mental	Visita efectuada a personas en las que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar trastorno mental y a personas con diagnóstico de un trastorno mental	<p>Cobertura : 100% de quienes la requieran</p> <p>Concentración: Según plan de tratamiento individual</p> <p>Rendimiento: 1 x hora</p> <p>RRHH: integrantes del equipo de salud general o integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría</p>

g) Niño o niña con Déficit del Desarrollo Integral (DSM)

TABLA N° 18. ATENCIÓN EN SALA DE ESTIMULACIÓN

Aspectos administrativos de la intervención	Categoría intervención según estado del desarrollo y edad			
	Normal	Normal con rezago/riesgo BPS	Riesgo	Retraso
Rango de tiempo máximo de la intervención según edad	Desde 1 a 3 meses o según programación y realidad local, en cualquier edad	2 meses en cualquier edad	0 a 11 meses de edad: 2 meses	0 a 11 meses de edad: 2 meses
			12 a 23 meses de edad: 3 meses	12 a 23 meses de edad: 4 meses
			24 a 60 meses de edad: 4 meses	24 a 60 meses de edad: 6 meses
Total de sesiones	1 a 3 sesiones en cualquier edad	5 sesiones en cualquier edad	0 a 11 meses de edad: 8 sesiones	0 a 11 meses de edad: 12 sesiones
			12 a 23 meses de edad: 10 sesiones	12 a 23 meses de edad: 16 sesiones
			24 a 60 meses de edad: 14 sesiones	24 a 60 meses de edad: 20 sesiones
Frecuencia sesiones	1 o 2 sesiones al mes	2 a 4 sesiones al mes	Primer mes: 1 sesión a la semana	Primer mes: 2 sesiones a la semana
			Segundo mes: 1 sesión a la semana	Segundo mes: 1 sesión a la semana
			Desde tercer al cuarto mes de tratamiento: 2 veces al mes	Desde tercer a sexto mes de tratamiento: 2 veces al mes
Tipo de intervenciones	Atención grupal (No dar atención individual)	Atención individual alternada con intervención grupal	Atención individual primer mes Luego atención individual alternada con intervención grupal	Atención individual primer mes. Luego atención individual alternada con intervención grupal
Rendimiento Intervenciones	grupal 1 x hora	Individual = 2 x hora	Individual = 2 x hora	Individual = 2 x hora
		grupal = 1 x hora	grupal = 1 x hora	grupal = 1 x hora

TABLA N°19. URGENCIA EN LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN ESTADO DEL DESARROLLO EN SALA DE ESTIMULACIÓN

1. Niños y niñas con déficit en el/los test de detección del desarrollo psicomotor, categoría RETRASO	Todos aquellos niños y niñas cuyo puntaje total en el test de desarrollo presenten dos o más desviaciones estándar bajo el promedio.
2. Niños y niñas con déficit en el/ los test de detección del desarrollo psicomotor, categoría RIESGO	Todos aquellos niños y niñas cuyo puntaje total en el test de desarrollo presenten una desviación estándar bajo el promedio.
3. Niños y niñas con rezago en el desarrollo psicomotor.	Todos aquellos niños y niñas cuyo puntaje total en el test de desarrollo es normal, pero presentan una o más áreas en déficit, ya sea en riesgo o en retraso.
4. Niños y niñas con antecedentes de riesgo biopsicosocial	<p>Todos los niños y las niñas que vivan en condiciones que puedan llegar a amenazar negativamente su desarrollo integral. Por ejemplo,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Niños y niñas cuyas madres presenten una escala de Edimburgo alterada. ▸ Niños y niñas con cuyas figuras de cuidado presenten una alteración del vínculo de apego. ▸ Niños y niñas cuyos padre, madre o cuidadora presente un problema de salud mental; consumo abusivo de drogas, consumo abusivo de alcohol, trastorno de personalidad, esquizofrenia, trastornos del ánimo (depresivo o bipolar). ▸ Niños y niñas cuyos padre, madre o cuidadora tengan antecedentes de violencia intrafamiliar. ▸ Niños y niñas con diagnóstico de morbilidad que según derivación de especialista se benefician de estimulación de nivel primario (Prematuro, S. Down) ▸ Niños y niñas que viven en instituciones (familias de acogida, hogares de menores, instituciones de adopción). ▸ Entre otros
5. Niños y niñas con discapacidad que requiera de refuerzo en estimulación.	Niños y niñas que presenten alguna condición de discapacidad, que estén en tratamiento de rehabilitación de especialidad y que sean derivados para recibir estimulación del desarrollo.
6. Niños y niñas con pauta breve alterada de desarrollo psicomotor	Niños y niñas que no cumplen con los hitos del desarrollo para su edad (motor, lenguaje, coordinación, social y lenguaje social) según pauta breve de desarrollo psicomotor, a los/las cuales se les deberá aplicar test de desarrollo dentro de los siguientes 15 días.
7. Niños y niñas sin antecedentes de riesgo en el desarrollo psicomotor.	Niños y niñas que no presentan alteraciones ni riesgo para su desarrollo.

Elaboración equipo nacional Chile Crece Contigo y Programa Nacional de Salud de la Infancia, 2012.

h) Niños y niñas con patologías crónicas respiratorias, que requieren prestaciones diferenciadas

TABLA Nº 20. ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON REQUERIMIENTO DE SALUD RESPIRATORIA

Prestación	Actividad principal	Estándares
Control paciente crónico usuario de Sala IRA	Control a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno dependientes, AVNI, ASMA, Fibrosis Quística)	Cobertura: 100% Concentración: 3 Rendimiento: 2 x hora Recurso humano: Kinesiólogo(a), Medico (Sala Ira)
Consejería anti tabáquica	Consejería individual según estado de motivación: a tutor o progenitor de paciente crónico respiratorio, utilizando cartilla de consejería antitabaco. De acuerdo a estado, <ul style="list-style-type: none"> • Motivar. • Aconsejar. • Apoyar. 	Cobertura: 100% Concentración: 3 Rendimiento: 2 x hora Recurso Humano Equipo de salud capacitado, Enfermero/a o Médico que realiza el control de salud infantil o Equipo profesional Sala IRA
Seguimiento niños y niñas con Score de riesgo de morir por BN	Según riesgo : <u>Leve</u> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar registro inmunización • Derivación a taller IRA <3 meses • Consejería antitabaco, para el resto de la familia si fuma (el score sólo evalúa el tabaquismo de la madre) • Derivar a Sala IRA (madre adolescente, o con factor de riesgo psicosocial) • Fomentar la lactancia materna. <u>Moderado</u> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar registro inmunización • Derivación a taller IRA <3 meses • Consejería antitabaco, para el resto de la familia si fuma (el score sólo evalúa el tabaquismo de la madre) • Derivar a Sala IRA (madre adolescente, o con factor de riesgo psicosocial) • Fomentar la lactancia materna. • Visita domiciliaria integral por sala IRA-ERA <u>Severo</u> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar registro inmunización • Derivación a taller IRA <3 meses • Consejería antitabaco, para el resto de la familia si fuma (el score sólo evalúa el tabaquismo de la madre) • Derivar a sala IRA (madre adolescente, o con factor de riesgo psicosocial) • Activación de la red de protección social por riesgo de muerte • Control a las 48 horas por sala IRA • Fomentar la lactancia materna. • Visita domiciliaria integral por sala IRA-ERA 	Cobertura: 100% niños y niñas con score moderado y/o grave Concentración: 2 Rendimiento: 1 x hora Recurso humano: Kinesióloga/o, Médico, Enfermera/o y TENS, según actividad

Visita domiciliaria de profesional a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas	Visita a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno dependientes, AVNI, ASMA, Fibrosis Quística) y Score moderado y severo riesgo de morir por BN	Cobertura: 100% Concentración: 2 Rendimiento: 1 x hora Recurso humano Sala IRA
--	---	---

i) Niños y niñas con necesidades especiales en salud (NANEAS)

TABLA Nº 21. ATENCIÓN CONTROL DE NIÑOS Y NIÑAS CON REQUERIMIENTO DE NECESIDADES ESPECIALES

Prestación	Cobertura	Concentración	Rendimiento	Recurso humano
Control de salud Integral al Ingreso en APS (baja complejidad)	100%	Observado a nivel local	1 por hora	Hora dupla (médico con enfermera/o)
Consulta nutricional de Ingreso	100%	Observado al nivel local	3 x hora	Nutricionista
Menor de 2 años				
Control 1 mes	100%	1	2 x hora	Médico
Control 2 meses	100%	1	2 x hora	Enfermera/o
Control 3 meses	100%	1	2 x hora	Médico
Control 4 meses	100%	1	2 x hora	Enfermera/o
Control 6,12,18 meses	100%	1	2 x hora	Médico
Mayor de 2 años: Semestral				
Control Anual	100%	1	2 x hora	Médico
Control mantención y seguimiento	100%	Observado a nivel local	2 x hora	Médico y/o enfermera/o

TABLA Nº 22. CLASIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPECIALES⁷

Necesidades especiales		Definiciones	Necesidad Menor	Necesidad Mayor
1	Necesidad de atención de especialistas pediátricos, incluidos aquellos del área de la salud mental	Seguimiento continuo o que se estima necesitará seguimiento por especialista pediátrico por más de 12 meses y más de una vez al año.	≤ 3 especialistas pediátricos o del área de la salud mental.	≥ 4 especialistas pediátricos o del área de la salud mental.
2	Necesidad de medicamentos de uso crónico	Uno o más medicamentos, suplementos o vitaminas de medicina alópata, y por un tiempo > a 12 meses o que se estima durará más de 12 meses	≤ 4 medicamentos de uso prolongado que no requieran ser administrados endovenosos o intrahospitalariamente	≥ 5 o más medicamentos de uso prolongado o terapia que requiera ser administrada endovenosa o intrahospitalariamente

⁷ Clasificación recomendada por Comité NANEAS Sociedad Chilena de Pediatría.

3	Necesidad de alimentación especial para vivir	Tipo de alimento especial para vivir, ejemplos: a) Fórmulas enterales: Poliméricas, modulares, fórmulas elementales (hidrolizadas), semi-elementales o fórmulas especiales para enfermedades metabólicas. b) Preparados de Nutrición Parenteral.	No necesita alimentación especial para vivir o necesita fórmulas especiales enterales (independiente de su vía de administración: boca, sonda o gastrostomía)	Necesita nutrición parenteral parcial o total (continua o ciclada)
4	Necesidad de tecnología para vivir	Cualquier dispositivo o adaptación necesaria para vivir o mejorar la calidad de vida. Ej: monitor cardiorrespiratorio, sondas, ostomías, oxigenoterapia, equipos para ventilación asistida, marcapasos, diálisis y elementos ortopédicos.	No necesita dispositivos ni tecnología o necesita elementos ortopédicos de cualquier tipo, monitoreo no invasivo, usuario de sondas y ostomías, válvulas derivativas, oxigenoterapia, sin necesidad de ventilación asistida.	Necesita ventilación asistida (invasiva o no invasiva) con o sin sondas u ostomías, diálisis crónica, marcapasos
5	Necesidad de rehabilitación por situación de discapacidad	Necesidad de terapia kinésica, fonoaudiológica, terapia ocupacional y/o psicopedagogía	Transitoria (<12 meses) o permanente, pero con necesidad de máximo 2 sesiones semanales, o que sus terapias son cubiertas por su jornada escolar, independiente de la frecuencia.	Permanente (duración mayor a 12 meses) y con necesidad de terapia muy frecuente (≥tres sesiones de terapia a la semana)
6	Necesidades educativas especiales	Asistencia a escuela especial, escuela hospitalaria, o necesidad de adaptaciones curriculares.	Necesidad de asistencia a escuela especial, o con necesidad de adaptaciones curriculares	Necesidad de asistencia a escuela hospitalaria por un periodo que supera a la hospitalización.

j) Niños y niñas con necesidades especiales en salud (NANEAS) - Prematuros

Uno de los grupos que se encuentra en permanente seguimiento por sus factores de riesgo biopsicosocial, son las niñas y los niños que nacen prematuramente. El Programa de Seguimiento del Prematuro Extremo establece orientaciones para la atención a través de su Orientación Técnica y Guías Clínicas Ges [78].

Los controles de salud recibidos por este grupo tienen una periodicidad que difiere de los controles de salud infantil universales, dado el alto riesgo que representa esta condición para el desarrollo, sobrevivencia y morbilidad del niño o la niña. Los controles de salud deberán agendarse siguiendo las indicaciones del Programa de Seguimiento del Prematuro [78]:

1. El recién nacido o la recién nacida debe controlarse semanalmente hasta las 38 semanas.
2. Previo al alta, la familia del recién nacido debe recibir con una visita domiciliaria por parte del personal del Centro de Salud de APS al cual está inscrita. Posteriormente el equipo de APS realizará una visita domiciliaria a los 1, 12, 24, 27, 36 meses y equipo del hospital a los 4 y 7 años.
3. Dentro de las 72 horas post alta hospitalaria debe realizarse el primer control en el nivel primario de salud.
4. A las 40 semanas de edad corregida se debe entregar un control de salud en el nivel secundario (Policlínico de Seguimiento), donde además el recién nacido o la recién nacida deben recibir atención por Neurólogo y Oftalmólogo.
5. Luego deben realizarse controles periódicos, alternando el nivel secundario y primario, por edad corregida, según el siguiente recuadro.
6. El recién nacido o la recién nacida debe controlarse semanalmente hasta las 38 semanas.
7. Previo al alta, la familia del recién nacido debe recibir con una visita domiciliaria por parte del personal del Centro de Salud de APS al cual está inscrita. Posteriormente el equipo de APS realizará una visita domiciliaria a los 1, 12, 24, 27, 36 meses y equipo del hospital a los 4 y 7 años.
8. Dentro de las 72 horas post alta hospitalaria debe realizarse el primer control en el nivel primario de salud.
9. A las 40 semanas de edad corregida se debe entregar un control de salud en el nivel secundario (Policlínico de Seguimiento), donde además el recién nacido o la recién nacida deben recibir atención por Neurólogo y Oftalmólogo.
10. Luego deben realizarse controles periódicos, alternando el nivel secundario y primario, por edad corregida, según el siguiente recuadro:

TABLA N° 23. CONTROLES DE SALUD SEGÚN EDAD CORREGIDA⁸

Nivel Primario	Nivel Secundario
14 días post alta	7 días post alta
2 meses	40 semanas
4 meses	1 mes
5 meses	3 meses
7 meses	6 meses
8 meses	9 meses
10 meses	12 meses
11 meses	18 meses
15 meses	24 meses
21 meses	

⁸ En la actualidad las Orientaciones Técnica de Prematuros se está en proceso de actualización, por lo tanto el calendario de controles estará sujeto a modificaciones establecidas en dicho documento.

Luego de los 2 años de edad, se efectúan los controles según la edad cronológica, también alternando nivel primario y secundario de salud, hasta los 7 años de edad, a saber:

TABLA Nº 24. CONTROLES DE SALUD SEGÚN EDAD CRONOLÓGICA

Nivel Primario	Nivel Secundario
2 años 3 meses	2 años 6 meses
2 años 9 meses	3 años
3 años 6 meses	4 años
4 años 6 meses	5 años
5 años 6 meses	6 años
6 años	7 años

La frecuencia de controles propuesta puede ser aumentada por el médico del policlínico, de acuerdo a la condición de salud del niño o la niña.

Paralelamente, también se deben entregar atenciones por especialista:

- **Neurólogo:** a las 40 semanas de alta a más tardar debe recibir atención de Neurólogo, y dar seguimiento a los 3, 9, 15, 24, 48 y 84 meses
- **Oftalmólogo:** Idealmente antes de las 4 semanas de vida, a los 12 meses y a los 1, 4 y 7 años.
- **Otorrinolaringólogo:** El recién nacido o nacida además debe recibir atención de Otorrinolaringólogo a los 1, 2 y 4 años.

En los casos de niños y niñas que presentan problemas en estas áreas, la frecuencia del control así como su terapia, será determinada por el especialista.

TABLA N°25. ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDOS Y NACIDAS PREMATUROS, < 32 SEMANAS O 1.500 GR.

Edad		Acciones					
		Controles	Especialista				
			Neurólogo	Oftalmólogo	Otorrino	VDI	
semana gestacional	33	X					
	34	X					
	35	X					
	36	X					
	37	X					
	38	X				X*	
Post Alta	hr	72	X				
	sem	1	X				
2		X					
Edad Corregida	Meses	40	X	X	X		
		1	X			X	
		2	X				
		3	X	X			
		4	X				
		5	X				
		6	X				
		7	X				
		8	X				
		9	X	X			
		10	X				
		11	X				
		12	X		X	X	X
		15	X	X			
		18	X				
		21	X				
		24	X	X		X	X
		27	X				X
		30	X				
		33	X				
Edad Cronológica	Años	3	X			X	
		3 1/2	X				
		4	X	X	X	X	X
		4 1/2	X				
		5	X				
		5 1/2	X				
		6	X				
		7	X	X	X	X	X

* Previa al alta hospitalaria

Nivel Primario

Nivel Secundario

Los controles de APS deben tener los contenidos de las edades más próximas de la siguiente manera y con las siguientes consideraciones:

- 14 días (corregido): Control médico, en base a la epicrisis del hospital y las indicaciones del primer control en nivel secundario.
- 2 meses (corregido): Mismo control 2 meses universales, solicitando radiografía de pelvis que será controlada a los 3 meses en control secundario.

TABLA N° 26. CONTROL DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Edad control	Consideraciones Específicas	Rend	Profesional
Visita domiciliaria integral previa al alta	<ul style="list-style-type: none"> • Idealmente mientras el niño o la niña se encuentre aún en hospitalización (coordinación hospital-APS), para evaluar condiciones del hogar y familiares previo al alto. 	1 x hora	Equipo capacitado en VDI
Control médico 14 días post-alta	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento individual de acuerdo a epicrisis del hospital, hallazgos de visita domiciliaria integral e indicaciones del primer control en nivel secundario. • Aplicar escala de Edimburgo según edad cronológica (2 meses cronológico) • Entrega de material acompañándose a descubrir I y II • Ingreso del niño o la niña al sistema informático ChCC • Derivación de la madre a la matrona para factibilidad de ingreso a regulación de la fertilidad (importancia de espacio intergenésico) 	2 x hora	Médico
Control 2 meses corregida	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar vacunas según edad cronológica y no corregida. • Solicitud de radiografía de pelvis para ser evaluada en control de los 3 meses en nivel secundario 	2 x hora	Enfermero/a o Médico
Consulta nutricional 5 meses corregida	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta nutricional: revisar indicaciones de alimentación del médico del policlínico de seguimiento del prematuro (PSPE). • Evaluar si es necesario además hacer un control de salud infantil 	2 x hora	Nutricionista
Control 7 meses corregida	<ul style="list-style-type: none"> • Con contenidos equivalentes a control de salud infantil de los seis meses (6 meses), para ser evaluado en control de los 9 meses en PSPE. 	2 x hora	Enfermero/a o Médico
Control 8 meses corregida	<ul style="list-style-type: none"> • Con contenidos equivalentes a control de salud infantil del octavo mes • Aplicar Test de Evaluación del DSM 	1,33 x hora (45 min)	Enfermera/o
Control 15 meses corregida	<ul style="list-style-type: none"> • Mismo contenido de control de salud infantil de 18 meses • Aplicar Test de Evaluación del DSM con puntaje de 15 meses 	1,33 x hora (45 min)	Enfermera/o

Control sano 3,5 años corregida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mismo contenido de control universal de 3 años. ▪ Aplicar Test de Evaluación del DSM con puntaje de 3,5 años 	1,33 x hora (45 min)	Enfermera/o
Control sano 4,5 años corregida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mismo contenido de control universal de 4 años 	1,33 x hora (45 min)	Enfermera/o

Otras prestaciones diferenciadas para nacidos antes de las 32 semanas de gestación

- **Toma de muestra PKU:** En el prematuro menor de 37 semanas de gestación, la muestra de sangre en papel filtro se debe tomar al séptimo día de edad, siempre que esté alimentación láctea materna o artificial al menos 24 horas previo al examen. No esperar el momento del alta [74].

En prematuros con una edad gestacional inferior o igual a las 35 semanas, se recolectarán dos muestras, la primera los 7 días y una segunda muestra a los 15 días de edad [74].

- **Vacunación:** La vacunación debe realizarse según la edad cronológica una vez que el niño o la niña se encuentre estabilizado/a, al respecto debe tenerse en cuenta las siguientes requisitos particulares:
 - Los niños y niñas prematuros deben recibir 3 dosis de Vacuna Neumocócica conjugada más refuerzo (2, 4, 6 y 12 meses) para asegurar la respuesta inmune.
 - La vacuna Polio Oral debe postergarse hasta el alta del paciente.
 - La vacuna BCG debe ponerse cuando el recién nacido o nacida alcance los 2 kilos de peso.
- **Escala de Edimburgo madre y Entrega de material "Acompañándote a descubrir",** deben ser entregados según edad cronológica. Sin embargo, los equipos deben estar especialmente atentos a signos de depresión materna.
- **Alimentación Complementaria para prematuros:** los niños y niñas prematuros menores de 32 semanas son beneficiarios del PNAC Prematuro, recibirán productos lácteos especiales para la condición biológica [75], sin perjuicio de lo cual se debe fomentar que siempre exista lactancia materna:

Edad Corregida	PN > 1000g <1500 y/o < 32s	PN ≤ 1000g y/o DBP
Alta - 6m	Fórmula prematuros	Fórmula prematuros
6m - 12m	Fórmula de continuación niño término	Fórmula prematuros

Fuente: Manual de Programas Alimentarios, 2011

Paralelamente se le entrega Leche Purita Mamá de prematuros que mantienen lactancia materna exclusiva y/o predominante hasta los 6 meses de edad gestacional corregida (EGC) [76]:

- Madres que mantienen lactancia materna exclusiva, hasta los 6 meses de EGC, recibirán 2 kg.
- Madres con lactancia materna predominante, hasta los 6 meses de EGC, recibirán 1 kg de Leche Purita Mamá.
- Madres que alimentan a sus hijos o hijas con lactancia materna, pero con predominancia de fórmula, reciben 1 kg de Leche Purita Mamá.
- Las nodrizas que terminaron su gestación con diagnóstico de bajo peso recibirán 1 kg de Leche Purita Mamá extra hasta los 6 meses de edad gestacional corregida del niño o la niña

La madre, padre y/o cuidadores de niños y niñas nacidos prematuramente que se controlen fuera del sistema público de salud, deberán presentar el Formulario de entrega *Prematuro* PNAC, con registro realizado por el profesional que realiza los controles de salud periódicos, al momento de retirar la alimentación complementaria [76].

ESTÁNDARES EN NIVELES DE MAYOR COMPLEJIDAD

a) Niveles de cuidados en los establecimientos de atención cerrada

Estándares de Recurso Humano para la atención integral de niños y niñas, nivel de cuidados básicos.

TABLA N° 28. ESTÁNDARES DE RECURSO HUMANO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS, NIVEL DE CUIDADOS BÁSICOS.

NEONATOLOGÍA				
Recursos humanos: El equipo encargado de la Unidad de Cuidados Básicos/Medios estará constituido por médico jefe, enfermero/a supervisor/a y/o matrn/a supervisor/a diurna.				
CAMAS CUIDADOS BÁSICOS				
Relación de camas				
	22 hrs	28 hrs	44 hrs	4°
Médicos de continuidad	2			
Médicos residente		*		
Enfermera/o, enfermera/o matrn/a o matrn/a continuidad			1	
Enfermera/o, enfermera/o matrn/a o matrn/a Clínica				8
Kinesiólogos/as			1	
Técnicos paramédicos				12
Técnicos paramédicos diurnos			1	
Auxiliar de servicio			1	
Observaciones	*24 CAMAS			

PEDIATRÍA				
Recursos humanos: El equipo encargado de la Unidad de Cuidados Básicos/Medios estará constituido por médico jefe, enfermero/a supervisor/a diurna.				
CAMAS CUIDADOS BÁSICOS				
Relación de camas	24			
	22 hrs	28 hrs	44 hrs	4°
Médicos de continuidad	2			
Médicos residentes		*		
Enfermera/o continuidad			1	
Enfermera/o clínica/o				8
Kinesiólogos/as			1	
Técnicos paramédicos				12
Técnicos paramédicos diurnos			1	
Auxiliar de servicio			1	
Observaciones	*48 CAMAS			

b) Nivel de Cuidados Medios (Ex Agudos) - UTI [11]

TABLA Nº 29. ESTÁNDARES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS, NIVEL DE CUIDADOS MEDIOS - UTI

UTI - NEONATOLOGÍA					
Recursos humanos: El equipo encargado de la Unidad de Cuidados Medios estará constituido por médico jefe, enfermera o enfermera/o matrón/a o matrón/a supervisora diurna y 1 secretario/a cada 36 cupos.					
CAMAS CUIDADOS UTI - NEONATOLOGÍA					
Relación de camas	12				
	22 hrs	33 hrs	28 hrs	44 hrs	4°
Médicos de continuidad	2				
Médicos residente neonatólogo/a			6		
Enfermera/o, enfermero/a matrón/a o matrón/a Continuidad				1	
Enfermera/o, enfermero/a matrón/a o matrón/a clínica					8
Kinesiólogos/as				1	
Técnicos paramédicos					12
Técnicos paramédicos diurnos				1	
Auxiliar de servicio			1		

UTI - PEDIATRÍA					
Recursos humanos: El equipo encargado de la Unidad de Cuidados Medios estará constituido por médico jefe, enfermera supervisor/a diurna y 1 secretario/a cada 36 cupos.					
CAMAS CUIDADOS UTI - PEDIATRÍA					
Relación de camas	12				
	22 hrs	33 hrs	28 hrs	44 hrs	4°
Médicos de continuidad	2				
Médicos residente pediatra intensivista			6		
Enfermero/a continuidad				1	
Enfermero/a clínica					8
Kinesiólogos/as				1	
Técnicos paramédicos					12
Técnicos paramédicos diurnos				1	
Auxiliar de servicio			1		

c) Nivel de cuidados críticos - UCI

TABLA N° 30. ESTÁNDARES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS, NIVEL DE CUIDADOS CRÍTICOS - UCI

UCI - NEONATOLOGÍA					
Recursos humanos: El Equipo encargado de la Unidad de Cuidados Medios estará constituido por médico jefe, enfermera o enfermera/o matrn/a o matrn/a supervisora diurna y 1 secretario/a cada 36 cupos.					
CAMAS CUIDADOS UCI - NEONATOLOGÍA					
Relación de camas	6				
	22 hrs	33 hrs	28 hrs	44 hrs	4°
Médicos de continuidad	2				
Médicos residente pediatría intensivista			6		
Enfermera/o, enfermero/a matrn/a o Matrn/a continuidad				1	
Enfermera/o, enfermero/a matrn/a o matrn/a clínica					8
Kinesiólogos/as					4
Técnicos paramédicos					8
Técnicos paramédicos diurnos				1	
Auxiliar de servicio					4

UCI - PEDIATRÍA					
Recursos humanos: El equipo encargado de la Unidad de Cuidados Medios estará constituido por médico jefe, enfermera supervisora diurna y 1 secretario/a cada 36 cupos.					
CAMAS CUIDADOS UCI - PEDIATRÍA					
Relación de camas	6				
	22 hrs	33 hrs	28 hrs	44 hrs	4°
Médicos de continuidad	2				
Médicos residente neonatólogo/a			6		
Enfermera/o continuidad				1	
Enfermera/o clínica					8
Kinesiólogos/as					4
Técnicos paramédicos					8
Técnicos paramédicos diurnos				1	
Auxiliar de servicio			1		

BANDERAS DE ALERTA, PAUTA PARA LA INTERVENCIÓN DE RIESGOS BIOPICOSOCIALES Y RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN LOCAL

La evidencia acumulada por las investigaciones en salud demuestra que determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales medidas mediante variables directas o indicadores (psicosociales) participan probabilísticamente en los antecedentes o situaciones asociadas o implicadas en la emergencia de diferentes enfermedades, problemáticas o necesidades sociales [12]

Los niños y niñas con detección de riesgos en control de salud sano que presenten alguna característica o cualidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a su salud acceden a prestaciones específicas según la o las vulnerabilidades detectadas; el profesional que detecta activará la red asistencial y/o comunal, derivando al niño o niña a los programas o prestaciones diferenciadas según corresponda. Los riesgos o vulnerabilidades a detectar se dividen en riesgos biomédicos y riesgos psicosociales para su mejor comprensión y detección.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud sostiene que el 50% de los factores que influyen en la salud de las personas son sociales, y que el desarrollo intelectual y biológico del niño o la niña está influenciado por la calidad de la estimulación, del apoyo y de la motivación que tienen a su disposición.

Las variables potenciadoras del desarrollo sano están mediadas principalmente por la competencia de los padres y/o cuidadores principales, y las posibilidades del medio social en que el niño o la niña se desenvuelve. Se sabe que la posición socioeconómica familiar es un condicionante estructural del desarrollo que determina el peso al nacer, los problemas dentales, puntajes bajos en pruebas

cognitivas, problemas de conducta y socialización en los niños o las niñas, y mayor probabilidad de desinterés en los estudios [13]. La exposición de los niños (as) a factores deletéreos para la salud como la pasta base y el alcohol predicen problemas de conducta y socialización futuras.

Gestión de Casos

La gestión de casos, o gerencia de casos, consiste en la definición de un único profesional o un equipo de salud que se responsabiliza por la atención del paciente durante todo el proceso clínico y aplica criterio sobre la necesidad de atención y la propiedad de servicios escritos y recibidos.

Ese profesional o equipo de salud, tiene la responsabilidad de coordinar la atención por medio de todos los servicios e instituciones que integran un sistema para determinar el nivel adecuado de prestación de servicios y si el paciente está cumpliendo el plano de tratamiento. Este proceso se encuentra definido, en la actualidad, como el cuidado integral, continuo, centrado en el paciente y con un equipo multidisciplinario.

Utilizando la gestión de casos se puede optimizar el autocuidado, disminuir la fragmentación del cuidado, mejorar la calidad de vida del paciente, disminuir el tiempo de hospitalización, aumentar la satisfacción del paciente y de los profesionales comprometidos y promover el uso de recursos más escasos de forma más efectiva.

El plan de cuidados en los niños o niñas que presenta un problema de salud, se hace en base a sus antecedentes y los de su familia y en la comunidad de donde vive, incluye el tipo de prestación que necesita y de las necesidades detectadas en los distintos contactos con la red de salud según cada situación, definiendo quién las realiza, su oportunidad y calidad involucrando a la familia en cada una de las prestaciones que se realizan.

El profesional que asume como gestor de caso debe estar previamente capacitado y pertenecer al equipo de cabecera para que sea éste el que ayude a definir el plan de acción de salud que necesita un niño o niña y su familia, especialmente la persona a cargo de su cuidado. Es muy importante que las acciones a realizar sean de manera tal que el éxito de los avances que experimenta el niño o niña, sea mérito de los padres o cuidador y no del equipo de salud.

TABLAS N°31. PRINCIPALES BANDERAS ROJAS BIOLÓGICAS SEGÚN PERIODO DE LA INFANCIA

Período	Banderas Rojas Riesgos biomédicos	Recomendación	Guía o Normativa de referencia
Recién Nacido(a)	Inmunizaciones	Si el RN no recibió vacuna BCG, derivar al establecimiento hospitalario donde se deberá administrar la vacuna y registrar el procedimiento.	Programa Nacional de inmunizaciones
Recién Nacido(a)	PKU-HC	Niño/a sin PKU realizado en período neonatal, se deriva a establecimiento hospitalario donde se realizará y registrará el procedimiento. Muestra alterada, se contacta a la madre, para la toma de 2da muestra y acciones según resultados [14]. Los niños/as con fenilcetonuria reciben alimentación especial y seguimiento por especialidad en conjunto con atención primaria.	Manual para la búsqueda masiva de Fenilquetonuria y PKU
Recién Nacido(a)	TSH	Niño/a sin TSH realizado en período neonatal se deriva a establecimiento hospitalario donde se realizará y registrará el procedimiento. Muestra alterada, se contacta a la madre, para la toma de 2da muestra y acciones según resultados. Los niños/as con hipotiroidismo congénito reciben estudio y tratamiento con hormonas tiroideas y seguimiento por especialidad en conjunto con atención primaria.	Manual para la búsqueda masiva de Fenilquetonuria y PKU
Recién Nacido(a)	Score riesgo morir por Bronconeumonía	<p><u>Leve</u> Revisar registro inmunización Derivación a taller IRA < 3 meses Consejería antitabaco ,para el resto de la familia si fuman (el score sólo evalúa el tabaquismo de la madre) Derivar a Sala IRA (madre adolescente, o con factor de riesgo psicosocial) Fomentar la lactancia materna.</p> <p><u>Moderado</u> Revisar registro inmunización Derivación a taller IRA < 3 meses Consejería antitabaco, para el resto de la familia si fuman (el score sólo evalúa el tabaquismo de la madre) Derivar a Sala IRA (madre adolescente, o con factor de riesgo psicosocial) Fomentar la lactancia materna. Visita domiciliaria integral por sala IRA-ERA</p>	Programa IRA

Período	Banderas Rojas Riesgos biomédicos	Recomendación	Guía o Normativa de referencia
Recién Nacido(a)	Score riesgo morir por Bronconeumonía	<p><u>Severo</u> Revisar registro inmunización Derivación a taller IRA < 3 meses Consejería antitabaco, para el resto de la familia si fuman (el score sólo evalúa el tabaquismo de la madre) Derivar a Sala IRA (madre adolescente, o con factor de riesgo psicosocial) Activación de la red de protección social por riesgo de muerte Control a las 48 horas por Sala IRA Fomentar la lactancia materna. Visita domiciliaria integral por <u>sala IRA-ERA</u></p>	Programa IRA
Lactantes y preescolares	Desarrollo Psicomotor (DSM)	<p>A Sala de Estimulación: Niños(as) con déficit o rezago según EEDP o TEPSI Incorporación a jardín infantil o escuelas de lenguaje Niños(as) de 18 meses y más con rezago, riesgo o retraso Si existe puntaje alterado en lenguaje priorizar escuela de lenguaje DSM alterado a cualquier edad A neurología: Niños (as) con retraso del DSM Niños(as) con reevaluación de DSM (EEDP o TEPSI) en riesgo o retraso*</p> <p>*Los niños (as) de 8 y 18 meses en rezago, riesgo o retraso deben ser reevaluados a los 3 meses, mientras que los niños (as) de 3 años con rezago, riesgo o retraso son reevaluados a los 6 meses.</p>	<p>Orientaciones Técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil</p> <p>Norma Técnica del Programa Nacional de Salud de la Infancia</p>
Lactantes y preescolares	Alteración del rojo pupilar	Derivación de urgencia a oftalmología	Manual para el Apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años

Período	Banderas Rojas Riesgos biomédicos	Recomendación	Guía o Normativa de referencia
Lactantes, preescolares y escolares	Sospecha de estrabismo	Activar acciones según flujograma GES estrabismo en menores de 9 años	Guía Clínica de Manejo de Estrabismo GES en el menor de 9 años
Preescolares y escolares	Agudeza visual	Al detectar alteración en las evaluaciones en evaluación visual con tablero de Snellen, según los criterios de la norma técnica, se debe derivar a oftalmólogo. Realizar seguimiento según resultados.	Norma técnica del Programa Nacional de Salud de la Infancia
Preescolares y escolares	Auditiva	Al detectar alteración en las evaluaciones auditivas se deriva a médico para evaluación y eventualmente a otorrinolaringólogo, cuando posible con audiometría e impedanciometría. Si la alteración auditiva afecta el desarrollo del lenguaje debe derivarse a fonoaudiólogo.	Norma técnica del Programa Nacional de Salud de la Infancia
Lactantes, preescolares y escolares	Enfermedades respiratorias crónicas (IRA)	Los niños/as que presentan patología respiratoria crónica y aguda con necesidad de hospitalización abreviada serán atendidos en las salas IRA; los enfermos crónicos mantendrán el control, tratamiento y seguimiento con el equipo de sala IRA.	Programa IRA Guías Ges
Lactantes	Screening Displasia de caderas	Se solicita Rx de cadera en el control de salud de 2 meses la que es revisada por médico en control de los 3 meses. si el resultado está alterado se deriva a traumatología y ortopedia	Ges Displasia Luxante de caderas

Período	Banderas Rojas Riesgos biomédicos	Recomendación	Guía o Normativa de referencia
Lactantes, preescolares y escolares	Alimentación y nutrición	<p>Niño/a que en control de salud se detecta con malnutrición por exceso, se sigue indicación de la norma técnica y se cita con nutricionista; en caso de obesidad, se requiere la realización de visita domiciliaria.</p> <p>Los niños/as mayores de 6 años con obesidad serán derivados al Programa Vida Sana para su intervención integral.</p> <p>Niño/a que en control de salud se detecta con malnutrición por déficit; se sigue indicación de la norma técnica, se ingresa al PNAC.</p> <p>Se realizará visita domiciliaria por nutricionista y se mantiene control estricto de los progresos.</p>	<p>Norma para el manejo ambulatorio de la malnutrición por déficit y exceso en el niño(a) menor de 6 años.</p> <p>Norma técnica del Programa Nacional de Salud de la Infancia</p> <p>Programa Vida Sana.</p>
Lactantes, preescolares y escolares	Salud Bucal	<p>Al detectar alteraciones de salud bucal en el niño/a en el control de salud en edades Ges se deriva a odontólogo (6 años, idealmente también derivar a los 2 y a los 4), se mantiene registro de los progresos en el tratamiento. Si se detectan alteraciones de urgencia odontológica derivar.</p>	<p>GES 6 años</p> <p>GES Urgencia</p>
Preescolares y escolares (3 años y más)	Presión arterial	<p>Presión arterial entre p95-p99: Volver a tomar la presión en una o dos semanas, o antes si existen síntomas. Si persiste elevada en dos tomas, separadas por una o dos semanas, derivar a cardiólogo o nefrólogo pediátrico para evaluación</p> <p>Presión arterial sobre p99: Derivar a urgencia (sintomático) o a cardiólogo o nefrólogo en forma urgente (evaluación por especialista dentro de la semana)</p>	<p>Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia</p>

TABLA N° 32. PRINCIPALES BANDERAS ROJAS PARA NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES

Período	Banderas Rojas Riesgos biomédicos	Recomendación	Guía o Normativa de referencia
NANEAS	Niños(as) Prematuro(a)	El equipo responsable del prematuro en el centro hospitalario, solicita al establecimiento de atención primaria, previo al alta una visita domiciliaria con el fin de preparar a la familia y valorar las condiciones de la vivienda para la recepción del niño/a. En caso de la familia o la vivienda, no cumplir con las condiciones adecuadas se deberá intervenir en conjunto con el intersector. Los controles de salud hasta los 7 años de edad se mantendrán alternándose entre atención primaria y de especialidad de acuerdo a lo establecido por cada servicio de salud.	www.prematuros.cl
NANEAS	Niños(as) con malformaciones congénitas y discapacidad	Estos niños(as) serán evaluados con los especialistas que corresponden según su problema de salud, seguirán con los controles de salud en el centro de salud donde se reforzará permanentemente la importancia del control con especialista y la integración a escuelas especiales según cada caso.	Norma Técnica Programa Nacional de Salud de la Infancia
NANEAS	Niños(as) con patologías crónicas, Epilepsia, Cáncer, Diabetes Mellitus tipo 1 y otras.	Estos niños(as) serán evaluados con los especialistas que corresponden según su problema de salud, seguirán con los controles de salud en el centro de salud donde se reforzará permanentemente la importancia del control con especialista.	Norma Técnica Programa Infantil
Lactantes, preescolares y Escolares	Niños(as) con Tuberculosis.	Los niños con sospecha de tuberculosis y/o pertenecientes a familias con una o más personas en tratamiento por tuberculosis deberán ser estudiados según Programa Nacional de Control de la Tuberculosis [15] .	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

Período	Banderas Rojas Riesgos biomédicos	Recomendación	Guía o Normativa de referencia
Lactantes, preescolares y Escolares	Enfermedades de transmisión sexual: VIH/SIDA, Sífilis Congénita	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los niños y niñas hijos de madre con sífilis confirmada, deben ser estudiados al nacer, recibir tratamiento según normativa y recibir control y seguimiento hasta el año, en el establecimiento que la red de cada servicio de salud determine. ▪ Los niños(as) cuya madre fue adecuadamente tratada para sífilis en el embarazo y no recibieron tratamiento para sífilis al nacer deberán tener seguimiento en su DSM y realizar examen de VDRL en CES al mes, a los 2 meses y a los 3 meses o hasta que el VDRL sea NO REACTIVO. ▪ En aquellos niños(as) que fueron tratados/as para sífilis al momento del nacimiento: Realizar VDRL en CES al mes, 2, 3, 6 meses y 12 meses de vida. ▪ Los niños(as) diagnosticados/as con neurosífilis al nacer: Realizar VDRL periférico al mes, a los 2, 3, 6 meses y 12 meses de vida. VDRL en LCR a los 6 meses de edad. A los 12 meses de edad realizar pruebas treponémicas. ▪ Todos los niños(as) deberán tener control deberán tener control con Neurológico, Otorrino y Oftalmólogo a los 3, 6 y 12 meses de edad. ▪ Todos los niños(as) con infecciones de transmisión sexual distinta de sífilis congénita, seguir indicaciones de manejo y tratamiento de la normativa vigente ▪ Niños(as) con VIH/SIDA: Seguir indicaciones de Norma Técnica y Guía Clínica de VIH/SIDA vigente 	Norma de manejo y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

TABLA N° 33. PRINCIPALES BANDERAS ROJAS PARA NIÑOS Y NIÑAS CON RIESGO PSICOSOCIAL

Banderas Rojas	Recomendación	Norma o guía asociada o Programa
Salud mental de padres y/o cuidadores principales	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Depresión materna: madres con resultados alterados en la aplicación de la Escala de Edimburgo, pregestacional y/o postgestacional, se derivan a consulta de salud mental para confirmar sospecha diagnóstica y realizar tratamiento. Si se detecta un puntaje alterado en la aplicación en la Escala Edimburgo a los 2 o 6 meses es necesario derivar inmediatamente a nivel secundario a especialista psiquiatra adulto. Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10 requiere de evaluación inmediata debido que puede representar riesgo suicida. ▸ Padres o cuidadores con antecedentes de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas: se deriva a equipo de salud mental para realizar tratamiento en caso de ser necesario, y valorar sus competencias actuales para el cuidado de sus hijos. ▸ Padres o cuidadores con antecedentes de problemas de salud mental, tratamientos prolongados de salud mental o internaciones por salud mental, se derivan a equipo de salud mental para su valoración. ▸ Padres o cuidadores con diagnósticos de salud mental en tratamiento se derivan a salud mental para valorar habilidades parentales. 	Programa de salud Mental Programa Infantil CHCC
Apego - competencias parentales	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Madre con resultado alterado en la evaluación de la Escala de Massie-Campbell a los 4 y 12 meses de edad se realiza visita domiciliaria por equipo de salud integral, se aplica plan personalizado de apoyo, y se deriva a salud mental en caso de no observarse cambios en el corto plazo. ▸ Madre menor de 17 años y 11 meses estudiando, realizar visita domiciliaria destinada a evaluar condiciones de cuidado del hijo, y apoyar estabilidad de la madre en el sistema educativo. ▸ Niños y niñas al cuidado de personas que no son sus parientes o que no tienen su tutoría legal: asistente social realiza visita domiciliaria y apoya en la regularización de la situación de acuerdo a normativa legal vigente. ▸ Madre o cuidador principal con discapacidad permanente: se realiza visita domiciliaria y se genera un plan personalizado de intervención por equipo de salud integral. 	Programa de salud Mental Programa Infantil -CHCC
Violencia intrafamiliar	Niños y niñas expuestos a violencia intrafamiliar se realiza visita domiciliaria por equipo integral y se deriva a salud mental para su valoración.	Programa de salud Mental Programa Infantil-CHCC

Banderas Rojas	Recomendación	Norma o guía asociada o Programa
Maltrato Infantil y Abuso sexual (M.I)	Niños y niñas con sospecha de M.I según criterios de la Organización Mundial de la Salud [16], se deriva a salud mental en caso de falla en la crianza, y a equipo especializado en maltrato infantil y abuso sexual en caso de maltrato moderado o grave. Denuncia en caso que corresponda	Programa de salud Mental Programa Infantil-CHCC Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores
Salud Mental en el Niño(a)	En casos de <i>Trastornos Emocionales y del Comportamiento de la Infancia y la Adolescencia</i> (Hiperkinéticos, Disociales De emociones –de comienzo habitual en la infancia– y del comportamiento social –de comienzo habitual en la infancia y adolescencia), y <i>Trastornos Generalizados del Desarrollo</i> : se deriva a médico para su valoración y derivación a especialista neurólogo o de salud mental si corresponde.	Programa de salud Mental Programa Infantil-CHCC Guía Clínica: Abuso sexual en menores de 15 años Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores
Vulnerabilidad social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familia pertenece al 60% más vulnerable según Ficha de Protección Social (FES) apoyar la incorporación de ésta al Subsidio Único Familiar (SUF). ▪ Familia pertenece al 5% más vulnerable según FES postular ingreso prioritario al Programa Puente; promover acceso a subsidios sociales y programas municipales de asistencia de acuerdo a necesidades. ▪ Madres pertenecientes al 50% más vulnerable del país, trabajando, buscando trabajo o estudiando, postular ingreso prioritario de sus hijos a Sala Cuna o Jardín Infantil (JUNJI o Integra). ▪ Vivienda del niño o niña en condiciones precarias de habitabilidad según FPS, realizar visita domiciliaria y gestionar acceso preferente a los programas municipales de habitabilidad y asistencia social de emergencia según requerimientos. 	Programa de salud Mental Programa Infantil-CHCC

Banderas Rojas	Recomendación	Norma o guía asociada o Programa
Inasistencia a Control	<ul style="list-style-type: none">Las citaciones a control de niños/as menores de 2 años no deben sufrir cambios, para que no exista la posibilidad de la inasistencia.La intención siempre será brindar una atención de calidad por el profesional que corresponda, en caso de que no se cuente con recurso humano, se pueden realizar controles abreviados, por enfermera/o o técnico paramédico, para valorar la gravedad y evitar complicaciones graves en los niños/as.En caso de inasistencia a control debe insistirse con la citación por diferentes medios, si por más de tres ocasiones el niño no asiste a control, debe solicitarse una VDI para el rescate y actualizar la valoración tanto de salud como de desarrollo.	Equipo local

CAPÍTULO VI

INTERSECTORIALIDAD, UNA ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN EN INFANCIA

Este capítulo pretende dar a conocer los sectores del estado que favorecen el cuidado, promoción y prevención de factores biopsicosociales a niños y niñas.

La intersectorialidad es una herramienta para trabajar sobre las materias en las que se involucran más de una institución u organización del sector público y/o privado. Es la transversalización [17] de temas prioritarios que deben ser abordados por uno o más sectores, y que requieren de coherencia interna en la articulación de sus acciones, considerando las actuales orientaciones que mantienen las políticas sociales del país, como: la valoración de la territorialidad, la descentralización, el creciente empoderamiento de los niveles gubernamentales regionales como fuente de coordinación local, etc.

La transversalidad genera ventajas, tanto en la organización del trabajo, como en la eficiencia de los procesos y en sus resultados finales. La coordinación intersectorial es especialmente facilitadora de las tareas y metas en materias de salud, ya que:

- a. La integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales
- b. La integración permite que las diferencias entre sectores puedan ser usadas productivamente y sinérgicamente para resolver problemas sociales.

Las problemáticas de salud requieren de una red que incluya todos los niveles de atención sanitaria y una fuerte articulación con la oferta comunitaria que brindan organismos especializados en educación, trabajo, justicia y sobre todo con los enfocados a la protección de los derechos. Cada región puede establecer mecanismos de coordinación según corresponda, en beneficio de la salud de los niños y niñas.

A continuación presentaremos algunos mecanismos de coordinación en la red regional y comunal con instituciones de otros sectores.

COORDINACIÓN CON EL SERVICIO NACIONAL DE MENORES (SENAME)

Uno de los aliados del Sistema de Salud en el cuidado de niños y niñas es el Servicio Nacional de Menores, cuya misión es “Contribuir a la restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes, vulnerados/as, así como a la reinserción social de los adolescentes infractores/as de ley, a través de prestaciones de calidad, otorgadas mediante una red de programas ejecutados directamente o por organismos colaboradores del Servicio” [18]. Para esto, se proponen algunos criterios que posibiliten la coordinación de los distintos equipos involucrados en la atención de salud de niños y niñas vulnerados/as en sus derechos, en particular a aquellos/as que se encuentran transitoriamente en el Sistema Residencial de SENAME y/o que se encuentran en situación de maltrato infantil, abuso sexual,

explotación sexual, peores formas de trabajo infantil, entre otras graves vulneraciones, de manera de otorgar una atención integral en dichos ámbitos.

Los *Centros Residenciales* [19], forman parte del compromiso de Estado de brindar protección a niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales que consiste en integrarlos (las) transitoriamente en un centro residencial cuando producto de grave vulneración de derechos son separados de su grupo familiar de origen, mientras se realizan las acciones para restablecer su derecho a vivir en familia, o de preparación para la vida independiente en casos excepcionales. Todos los niños, las niñas y adolescentes ingresados en este sistema deben ser derivados desde los Tribunales de Familia, de acuerdo a la legislación vigente.

Las medidas de protección emanadas de Tribunales, se vinculan a graves vulneraciones de derechos, entre las que se encuentran situaciones de abandono, indicadores de negligencia o violencia entre las figuras materna y paterna o de la familia de origen donde el/la niño/a se encuentra viviendo. Las familias de origen responsables de estos niños y niñas, se caracterizan por escaso desarrollo de vínculos y/o habilidades empáticas, con poca estructura y definición de roles, presencia de consumo problemático de alcohol o drogas, o tráfico de sustancias, lo cual redundando en descuido o maltrato físico, psicológico o sexual hacia los niños/as, y/o episodios sistemáticos de violencia conyugal grave. Al respecto, un estudio del Servicio Nacional de Menores [20], señala que un 89% de niños y niñas sufrieron maltrato, expresado en negligencia, violencia, agresiones sexuales, explotación comercial sexual infantil, trabajo infantil, víctimas indirectas de violencia intrafamiliar grave, entre otros.

Los niños y niñas en situación de acogimiento transitorio residencial o familiar, representan una población altamente vulnerable y médicamente compleja, con altas tasas de enfermedades físicas, mentales, trastornos del desarrollo madurativo y del aprendizaje, entre otros. El fracaso o retraso en intervenciones de salud precoces no sólo pueden afectar la calidad de vida de niños y niñas, sino que también pueden conducir a incrementar las dificultades y entorpecer la adaptación social durante el acogimiento y/o en el futuro [21].

Para atender en forma integral las necesidades de niños y niñas en sistema residencial, es fundamental el trabajo conjunto entre los equipos de salud y los equipos de SENAME, en los distintos niveles administrativos:

- SEREMI de Salud y Director Regional SENAME: La autoridad sanitaria de salud, es el coordinador regional de la iniciativa conjunta y favorece el trabajo con los Servicios de Salud. Las Direcciones Regionales de SENAME representarán a las Residencias, favoreciendo la interacción con salud.
- Servicio de Salud, Director del establecimiento de salud y Director/a de Residencia: Efectúan coordinación y gestiones necesarias para asegurar la disponibilidad de recursos humanos, insumos y logística para entregar las prestaciones de salud a niños y niñas.
- Equipos de Salud y equipos de SENAME en Residencia que atienden directamente a niños y niñas, efectuarán un diseño conjunto de planes de trabajo anuales que deben considerar los siguientes temas.

CRITERIOS DE APOYO A LA ATENCIÓN DE NIÑOS (AS) DEL SENAME

Temas Generales	Aspectos específicos
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> De las necesidades de salud de los niños y niñas de la residencia De las necesidades de apoyo técnico en temas de salud de los equipos de residencia
Planificación de acciones en salud	<ul style="list-style-type: none"> Acciones de promoción de salud de los niños y niñas de la residencia Acciones preventivas que incluyen la identificación de factores de riesgo y protectores y la definición de criterios sanitarios para la atención temprana en salud Atención en salud de los niños y niñas de la residencia
Planificación del sistema de coordinación	<ul style="list-style-type: none"> Visitas en terreno del equipo de salud (a lo menos 3 veces al año para realizar una evaluación general) Periodicidad de las reuniones de coordinación de la atención de niños y niñas y de intercambio técnico, incluido el apoyo a las funciones de los profesionales de residencias
Establecimiento de mecanismos	<ul style="list-style-type: none"> Incorporación inmediata al sistema de salud de los niños y niñas que ingresan al sistema residencial Evaluación inicial de salud de cada niño y niña Profundización de la situación de salud Seguimiento sanitario durante la estadía en sistema residencial Derivación asistida Monitoreo y evaluación del trabajo conjunto.

FIGURA N°1 ORGANIZACIÓN MINSAL-SENAME



ATENCIÓN DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS EN RESIDENCIAS SENAME

Es necesario que los equipos de salud en coordinación con profesionales del sistema residencial evalúen periódicamente y atiendan a los niños y niñas, teniendo especial consideración de las especificidades en salud y las situaciones de vulneración que ameritaron la medida de protección para ellos (as). Las acciones de salud para estos niños y niñas pueden ser efectuadas tanto en el centro de salud como en la residencia.

TABLA N° 34. CRITERIOS PARA DEFINIR EL LUGAR DE ATENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.

Lugar donde se realiza la atención	Observaciones
Residencia SENAME	<p>Se priorizará la atención en las Residencias de SENAME cuando</p> <ol style="list-style-type: none"> Al realizar el diagnóstico de salud de la Residencia se consideran criterios de focalización en la atención (Ej: brotes epidémicos, priorización de intervenciones promocionales y preventivas) Los niños y niñas de las residencias están en situación de vulneración, pero si esta vulnerabilidad se presenta con mayor proporción a lo esperado (Ej: mayor proporción de niños y niñas víctimas de maltrato, que carecen de lactancia materna o problemas de malnutrición, etc.) Cuando la concentración de niños y niñas en segmentos de grupos etarios sea mayor y esto potencie la complementariedad de las acciones (Ej: niños y niñas de 18 meses y/o 3 años que requieran aplicación de test de desarrollo psicomotor y visualización del ambiente en que se desenvuelven). <p>Para la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> Se debe efectuar coordinación para la atención, con previa anticipación entre el centro de salud y la residencia, con el fin de favorecer la atención oportuna y la optimización de los recursos existentes. Es importante recopilar informes preexistentes del niño/a y de su familia, que posea la residencia. Formalización a través de un convenio de cooperación y respectiva resolución de la voluntad técnica del Director del Establecimiento de Salud y de la Residencia, para velar por el compromiso de la atención. Este convenio debe ser difundido en los diferentes niveles.
Establecimiento de salud	<ul style="list-style-type: none"> El equipo de salud podrá coordinar previo a la atención, la recepción de los niños y niñas de la residencia en el establecimiento, con el fin de favorecer su transporte y adherencia a las acciones de salud. El equipo podrá realizar una entrega de información general y/o individual respecto al estado de salud de los niños y niñas de la residencia.

Evaluación de Salud

Niños y niñas usuarios/as de SENAME requieren de las mismas prestaciones universales del sistema de salud y prestaciones específicas dependiendo del tipo de vulnerabilidad pesquisada. En la evaluación inicial, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

ÁMBITOS DE EVALUACIÓN Y CRITERIOS DE ATENCIÓN PARA NIÑOS (AS) SENAME

Ámbitos de evaluación	Aspectos a considerar en la atención de salud de niños y niñas usuario/as SENAME
Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes de salud, psicosociales y educativos de la familia biológica ▪ Antecedentes prenatales y neonatales ▪ Desarrollo físico y psicomotor ▪ Estado de inmunización (libro de vacunas) ▪ Factores de riesgo para infecciones de transmisión vertical u horizontal ▪ Enfermedades crónicas y discapacidades ▪ Medicamentos de uso común ▪ Intervenciones quirúrgicas ▪ Alergias o intolerancias medicamentos y/o alimentarias ▪ Antecedentes de malos tratos y/o negligencias ▪ Resultados de pruebas previas de tamizaje de laboratorio ▪ En niños mayores, se debe ampliar información sobre: Antecedentes escolares, salud mental ▪ Actividad y conductas sexuales, consumo de tabaco, alcohol, inhalantes y drogas ilegales
Evaluación del estado de salud física y mental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicadores de maltrato y/o negligencia (físicos, sexuales, emocionales, prenatales) ▪ Trabajo Infantil ▪ Enfermedades transmisibles, sobre todo en niños y niñas con sospecha o confirmación de que sus madres presentaron drogadicción, trabajo sexual y/o promiscuidad antes o durante el embarazo, o de haber sufrido abuso sexual, de haber consumido drogas por vía parenteral o de ser sexualmente activos, deben considerarse en riesgo de padecer enfermedades infecciosas transmitidas vertical u horizontalmente. ▪ Enfermedades médicas y psiquiátricas agudas y/o crónicas ▪ Discapacidades ▪ Trastornos emocionales y conductuales ▪ Depresión y riesgo de suicidio
Profundización de la evaluación de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar una exploración forense (en casos de maltrato físico y/o sexual) ▪ El Centro de Salud, posterior a la atención tanto en el centro como en la residencia, debe efectuar seguimiento a corto plazo de la atención, considerando las vulnerabilidades ya señaladas.

ATENCIÓN DE SALUD A NIÑOS Y NIÑAS QUE SE ENCUENTRAN EN LAS RESIDENCIAS DE PROTECCIÓN TRANSITORIAS PARA HIJOS/AS DE MADRES INTERNAS EN RECINTOS PENITENCIARIOS

Dentro de la línea Residencial de SENAME, se localizan las Residencias de protección transitorias para lactantes que se encuentran junto a sus madres al interior de recintos penitenciarios, espacio donde niños y niñas reciben lactancia materna, se entrega apoyo psicosocial a la madre, al niño o niña y la familia extensa, se fortalece el apego, el vínculo y los cuidados básicos del lactante, y se evalúa y desarrollan las condiciones óptimas en las cuales egresará el niño o niña junto a su familia.

La permanencia de lactantes en los recintos penitenciarios aumenta su grado de vulnerabilidad, ya que se encuentran expuestos a situaciones de alto riesgo, como riñas, motines, consumo abusivo de drogas, alcohol y tabaco. Lo anterior, se agrega que la situación de reclusión de la madre es vivenciada de igual forma por el lactante, ya que ambos deben cumplir con una rutina diaria de horarios y actividades que forman parte de la vida penitenciaria diseñada para los adultos, en ella deben cumplir horas de encierro que van desde las 12 a 14 horas diarias, situación que produce síntomas de estrés y trastornos emocionales en los niños y niñas, ya que ven restringidos los espacios donde pueden desenvolverse (se limitan los espacios para desarrollar la marcha) y desarrollar actividades de estimulación.

Es recomendable que los equipos de salud consideren algunos riesgos específicos a los cuales está propensa dicha población:

- *Riesgo de presentar déficit desarrollo psicomotor:* Los lactantes en las residencias de protección transitorias al interior de los recintos penitenciarios tienen mayor riesgo de presentar déficit de desarrollo psicomotor, por lo cual los equipos de salud deben realizar las evaluaciones pertinentes. En consecuencia, los niños y niñas deben recibir la cartera de prestaciones, señalada para el control de niño/a sano/a, talleres promocionales y/o preventivos, al igual que los ingresados en residencias de protección, sin perjuicio de ello se debe tener especial consideración de las especificidades en salud ya señaladas⁹.
- *Riesgo de padecer enfermedades infecciosas transmitidas vertical u horizontalmente:* Los lactantes de la residencia de protección transitoria con sospecha o confirmación de que sus madres consumieron drogas (sobre todo por vía parenteral), trabajaron en comercio sexual, tuvieron conductas promiscuas, sufrieron abuso sexual, deben considerarse en riesgo de padecer enfermedades infecciosas transmitidas vertical u horizontalmente.
- *Riesgo de no haber recibido vacunas y/o alimentación complementaria:* Si el estado de inmunización de los lactantes que ingresan a la residencia es incompleto, se deben administrar las vacunas necesarias de acuerdo con el calendario acelerado de inmunizaciones y se debe asegurar la entrega de alimentación complementaria.

9 La residencia de protección transitoria deberán contar con un espacio que permita trabajar de manera permanente la estimulación de los lactantes por parte de las madres, apoyados por los equipos de salud. Los equipos de salud, facilitarán el acceso (horarios) de los lactantes a las salas de estimulación de los centro de salud u otra modalidad, considerando la rutina diaria que se debe cumplir al interior de los recintos penitenciarios

Coordinación Equipos Salud con la Residencia de Protección Transitoria:

- *Calendarización de reuniones:* El equipo del recinto penitenciario y los equipos de salud, establecerán la periodicidad de las reuniones de coordinación, estableciendo un sistema fluido de información recíproca de las atenciones de salud, antecedentes de morbilidad, situaciones de emergencia que se presenten al interior de la residencia, con el objetivo de facilitar el seguimiento.
- *Planes de trabajo:* Es necesario que los equipos de salud en coordinación con el/la Asistente Técnico Regional de Gendarmería (profesional encargada de la residencia de protección transitoria en el recinto penitenciario), diseñen en conjunto planes de trabajo anuales que consignen las visitas en terreno, los controles periódicos de niños y niñas, contacto en caso de emergencias de salud, desarrollo de actividades preventivas y promocionales, información de las rutinas diarias en los recintos.
- *Evaluación periódica:* Es necesario que los equipos de salud en coordinación con profesionales de la residencia de protección transitoria de Gendarmería, evalúen periódicamente a los lactantes, estableciendo días y horarios, a través de una calendarización que permita cumplir con la rutina diaria de las internas junto a sus hijos e hijas¹⁰.
- *Realización del control y otras prestaciones de salud:* Ambos equipos coordinarán a través de un programa de visitas en terreno la atención de salud de lactantes y sus madres, con el objetivo de incorporar a la madre en los controles pediátricos y fomentar la responsabilización en los cuidados diarios y tratamientos médicos prescritos. Las atenciones de salud pueden realizarse tanto en el Centro de Salud como en la Centro Penitenciario (en caso de que existan espacios adecuados y condiciones necesarias).
- *Seguimiento:* Posterior a la atención el equipo de salud deberá efectuar seguimiento a corto plazo del cumplimiento de las indicaciones y tratamientos prescritos, considerando la mayor vulnerabilidad psicosocial y la presencia de factores de riesgo. Por otro lado, el equipo de la residencia informará al equipo de salud los egresos del niño o la niña, su nuevo domicilio y datos de la familia extensa, para derivar la ficha clínica al Centro de Salud que corresponda.

10 Centro Penitenciario Valparaíso: existe un convenio entre Gendarmería, área Salud y CESFAM Puertas Negras, en donde se establece que, los días lunes en la tarde, se atenderán a los lactantes, en su control de niño sano, en esa misma instancia se utiliza la sala de estimulación del Programa Chile Crece Contigo.

TABLA N° 35. ACCIONES A DESARROLLAR ANTE PESQUISA DE NIÑOS Y NIÑAS CON VULNERACIÓN DE DERECHOS

<p>Generales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Entregar atención a niños/as con enfoque promocional y preventivo acorde a la cartera de prestaciones, señalada para el control de salud infantil, talleres promocionales y/o preventivos, etc. ▸ Determinar la derivación para la atención de especialidad al dispositivo de salud correspondiente al nivel secundario (COSAM, Centro de Diagnóstico y Tratamiento -CDT- Centro de Atención Ambulatoria -CAA- y Centros de Referencia de Salud -CRS-) o terciario (hospitales, unidades de corta estadía), según se requiera. La red de salud, dispone de protocolos para la derivación interna a fin de asegurar la oportunidad y pertinencia en la entrega de atención de una determinada especialidad. ▸ Para el caso de la atención especializada en salud, es el equipo de salud tratante de los niños y las niñas del COSAM, CDT CAA, CRS u Hospital, el que determina, de acuerdo a la patología y sintomatología, la internación hospitalaria, de referencia local o nacional. ▸ En el caso que se requiera hospitalización, y establecidos los criterios de egreso hospitalario, en un establecimiento de nivel regional o de nivel nacional, se restablece la continuidad de las intervenciones a nivel ambulatorio, de tal modo que el equipo tratante de salud, incorpore las indicaciones de manejo conductual y farmacológico que asegure la estabilidad del niño o niña. ▸ En caso de pesquisa de situaciones de vulneración de derechos de niños y niñas, deben realizar coordinaciones con las Oficinas de Protección de Derechos (OPD) u otros programas de atención a la infancia vulnerada presentes en el territorio, para articular la atención complementaria.
<p>Atención de situaciones de vulneración de derechos detectadas</p>	<p>Maltrato infantil</p> <p>Frente a situaciones de maltrato el equipo de salud deberá aplicar las orientaciones y normativas técnicas vigentes del MINSAL relacionadas con el maltrato infantil y el abuso sexual. Esto implica a lo menos, desarrollar acciones en los siguientes ámbitos [22]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Detección tanto en las atenciones de urgencia como en control de salud infantil. ▸ Definición de un plan de atención de las secuelas del maltrato, ya sea en el ámbito de la salud física como de la salud mental, considerando la derivación a atención especializada, tanto dentro del sistema de salud como fuera. ▸ Aplicación de los procedimientos legales correspondientes. ▸ En el ámbito comunitario, el equipo de salud podrá proponer y desarrollar estrategias preventivas y de sensibilización, en conjunto con actores claves de la comunidad, por ejemplo establecimientos educacionales.

<p>Atención de situaciones de vulneración de derechos detectadas</p>	<p>Niños, niñas en explotación sexual comercial</p> <p>Los equipos de salud ante sospecha o signos de que un niño o niña es víctima de explotación sexual comercial, deben [23]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Aplicar los procedimientos definidos en la Guía Clínica de Atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual (MINSAL, 2011), la que considera: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Evaluación clínica y confirmación de sospecha, ▸ Reunir información y analizar el caso ▸ Primera respuesta (Denuncia y establecer coordinaciones con el equipo técnico del proyecto de la red SENAME presente en el territorio) ▸ Proponer y desarrollar estrategias preventivas y de sensibilización, en conjunto con actores claves de la comunidad. ▸ Participar de los espacios de capacitación e intercambio técnico sobre explotación sexual comercial infantil. ▸ Para una efectiva atención de niños y niñas en situación de explotación sexual comercial infantil, es necesario que los equipos de salud y los programas especializados de Explotación Sexual Comercial o de Intervención Integral SENAME presentes en el territorio, diseñen protocolos de derivación.
<p>Atención de situaciones de vulneración de derechos detectadas</p>	<p>Niños y niñas en trabajo infantil</p> <p>Promoción y prevención: los equipos de salud trabajen en red con otros actores locales para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Conocer los diversos tipos de trabajo infantil que se dan en la comuna o región, por ejemplo, la presencia de trabajo agrícola, pastoreo, forestal y otros, desarrollados de manera permanente o estacional. ▸ Contribuir con información al diagnóstico comunal o regional sobre trabajo infantil ▸ Proponer y/o desarrollar algunas estrategias preventivas y de sensibilización, en conjunto con instituciones del ámbito educativo y psicosocial. ▸ Participar en espacios de capacitación e intercambio técnico sobre trabajo infantil. ▸ Detección y seguimiento, durante los controles de salud regulares, es muy relevante que los equipos de salud puedan detectar en forma precoz el trabajo infantil, para ello ante sospecha o señales de trabajo infantil, deberán evaluar los antecedentes del niño o la niña a través de un diagnóstico biopsicosocial integral.

COORDINACIÓN MINISTERIO DE EDUCACIÓN - MINEDUC

El Ministerio de Salud posee una coordinación histórica con el Ministerio de Educación, en diferentes áreas:

Vinculación para niños y niñas con necesidades educativas especiales (NEE)

En noviembre 2010 se puso en marcha la Ley 20.201- Decreto N°170 de Necesidades Educativas Especiales, que establece una subvención preferencial a los alumnos del sistema municipal o particular subvencionado para suplir aquellos requerimientos educacionales producto de necesidades educativas especiales transitorias o permanentes.

Las NEE corresponden a requerimientos que presentan algunos alumnos de necesidades adicionales de apoyo a través de recursos humanos, pedagógicos o materiales, para el logro de sus procesos educativos. Se clasifican en permanentes y transitorias para los efectos de la duración de la subvención especial:

Necesidades educativas especiales de carácter permanente: son aquellas barreras para aprender y participar que determinados estudiantes experimentan durante toda su escolaridad como consecuencia de una discapacidad diagnosticada por un profesional competente y que demandan al sistema educacional la provisión de apoyos y recursos extraordinarios para asegurar el aprendizaje escolar.

Necesidades educativas especiales de carácter transitorio: son aquellas necesidades que presentan los alumnos en algún momento de su vida escolar a consecuencia de un trastorno o discapacidad diagnosticada, que implica ayudas y apoyos extraordinarios para acceder o progresar en el currículum por un determinado período de su escolarización, incluye los siguientes trastornos

- Trastornos Específicos del Lenguaje, TEL
- Déficit Atencional con y sin Hiperactividad TDA, o Trastorno Hiperactivo
- Trastornos Específicos de Aprendizaje, TEA
- Rendimiento en pruebas de C, en el rango limítrofe, con limitaciones significativas en la conducta adaptativa

La ley establece como requisito a los establecimientos educacionales para impetrar esta subvención que el alumno cuente con un diagnóstico médico de la NEE realizado por un profesional competente. Los casos diagnosticados positivamente requerirán un adecuado tratamiento, además de informes y revaluaciones periódicas.

Dentro de las NEE se estima un mayor impacto en la demanda por diagnóstico integral de salud mental y tratamiento, los niños y adolescentes que presentan sospecha de Trastorno Hiperactivo/ Trastornos de la Atención (THA). Esto en función de la alta prevalencia existente en Chile. Un estudio de prevalencia de trastornos de salud mental en niños, niñas y adolescentes, encontró un 6,2% de prevalencia de ese trastorno en población de 1° básico.

El THA no diagnosticado ni tratado tiene consecuencias negativas, afecta la autoestima, el rendimiento escolar, dificulta la relación con sus pares. En estudio de seguimiento de la evolución a la vida adulta de niños y adolescentes con THA, se encontró que comparado con un grupo control, aquellos que no reciben tratamiento tienen un resultado negativo, en el desarrollo, desorden de personalidad antisocial y/o el abuso de sustancias.

El THA aumenta el riesgo de abuso de alcohol y drogas hacia la adolescencia o adultez, principalmente cuando se asocia a trastornos disociales en los niños, dicho riesgo es menor en los niños que reciben tratamiento con psicoestimulantes, en relación a los no tratados.

Otro aspecto relevante a considerar es la comorbilidad con trastornos mentales, los que pueden estar asociados al THA y contribuyen a la expresión y pronóstico del cuadro clínico. Esto hace que las cifras de comorbilidad con cuadros como trastornos oposicionistas desafiantes, conductuales depresivos, ansiosos o de trastornos de aprendizaje sean muy variables en los distintos estudios.

Este trastorno se constituye en un problema de salud pública relevante dado que su impacto sobre el niño, niña, familia, escuela y sociedad es altamente significativo y con consecuencia de largo plazo. Frecuentemente experimentan rechazos de sus pares y se involucran en una serie de conductas disruptivas que les traen consecuencia negativa, afectando su autoestima, su capacidad de relacionarse con otros, su adolescencia, especialmente en aquellos sin diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado, se describen mayores riesgos de conductas disociales y delictivas, consumo abusivo de alcohol y otras drogas, y lesiones de distintos tipos.

A raíz de estas razones salud reforzó la atención de especialidad ambulatoria infanto-adolescente en 6 Servicios de Salud con mayores brechas de atención en esta especialidad. La efectividad de una medida de refuerzo educativo debe ir de la mano de la inversión complementaria en el sector salud, para recibir los nuevos requerimientos de atención y tratamiento. De no realizarse estas inversiones complementarias se corre el riesgo de generar un impacto neutro o incluso negativo de una reforma educativa a todas luces necesaria. El año 2012 se contó con una importante expansión presupuestaria en salud mental, que considera los siguientes elementos:

- Refuerzo importante a la salud mental infanto-adolescente de especialidad a través de equipos de apoyo en los COSAM e instalación de nuevos Hospitales Diurnos Adolescentes (Servicios de Salud Viña del Mar - Quillota, O'Higgins, Ñuble, Araucanía Sur y Metropolitano Central).
- Este decreto tiene como propósito favorecer el diagnóstico oportuno y tratamiento precoz a los niños y adolescentes con THA, evitando las consecuencias negativas en su escolarización, autoestima, relación con los pares y mayores riesgos de consumo de alcohol y drogas
- Permitir absorber la mayor demanda por diagnóstico y tratamiento del THA como del total de trastornos de SM infantoadolescente, ocasionada por la mayor demanda de atención de salud de niños y adolescentes derivados del sistema educacional para diagnóstico y tratamiento de las NEE.

Según cifras entregadas por MINEDUC, a partir de la puesta en marcha del reglamento de la Ley 20.201 la cifra de niños y adolescentes beneficiados con un programa de integración escolar aumentó en un 250% en relación a las cifras existentes el año 2009 - 2010, solo en el periodo de marcha blanca del nuevo sistema de subvención escolar.

La efectividad de una medida de refuerzo educativo debe ir de la mano de la inversión complementaria en el sector salud, para recibir los nuevos requerimientos de atención y tratamiento. De no realizarse estas inversiones complementarias, ya que complementariamente a la atención especial de refuerzo que recibirán los niños diagnosticados con NEE, si no cuentan con un adecuado diagnóstico y tratamiento de salud mental, de aquellos casos con trastornos asociados o propios de las NEE, se corre el riesgo de que la efectividad de esta inversión social disminuya.

Los equipos de salud infantil, deben conocer el programa de NEE, y con el equipo de salud mental así como favorecer la derivación e intervención para el cumplimiento de los resultados esperados.

JUNAEB

Desde el año 1992, la JUNAEB asume la implementación del Programa de Salud del Estudiante, cuyo objetivo es apoyar a los alumnos a fin de que puedan acceder al proceso educacional en condiciones más igualitarias, permitiéndoles enfrentar este desafío con éxito. En la actualidad el programa de salud de JUNAEB contempla prestaciones de pesquisa y tratamiento de problemas de salud frecuentes en la edad escolar, orientadas principalmente a las áreas: odontológica, ortopédica, auditiva y visual. En el área de salud mental, desarrolla el programa de Habilidades para la Vida, y Retención escolar. Todas estas acciones contribuyen de una manera importante a los requerimientos de salud de la población escolar, no obstante algunas áreas relevantes del desarrollo de este grupo etario requieren un abordaje integral en el control de salud. JUNAEB es una clave en la coordinación para la salud escolar de los niños y niñas de 5 a 9 años

Estrategias MINSAL-MINEDUC respecto a la salud de escolares de 5 a 9:

- Elaboración de un protocolo de coordinación y derivación entre encargado de salud del estudiante y MINSAL (en sus diferentes niveles de atención), que potencie la derivación de niños y niñas con factores de riesgo BPS en forma oportuna.
- Establecer plan de trabajo anual en centros de salud en conjunto con establecimientos educacionales, para la atención de salud de niños(as), complementando la oferta de atención del Programa de Salud del estudiante (JUNAEB).
- Fortalecer las competencias de padres, madres y/o cuidadores a través de entrega de screening que apoyen la detección de morbilidad más recurrente en niños y niñas durante estas etapas, y que representan uno de los principales factores de ausentismo escolar (Ejemplo: detectar enfermedades respiratorias crónicas, a través de la encuesta ISAAC)
- Fortalecimiento de las competencias de profesionales de salud en la detección de problemas de salud que alteran el aprendizaje y su vinculación con estrategias emanadas desde MINE-DUC (Ej: Salud Mental- Programa Habilidades para la vida)

- Potenciar el rol que ejerce el docente en el establecimiento educacional como promotor de los hábitos de vida saludable, y su vinculación con padres, madres y/o cuidadores.
- Establecer alianzas en conjunto MINSAL-MINEDUC para difundir en la comunidad el cuidado de la salud y desarrollo infantil.

Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y Fundación Integra (INTEGRA)

Junto con la incorporación del sistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo, los jardines infantiles y salas cunas dependientes de la Junta Nacional de Jardines Infantiles y la Fundación Integra, incrementaron su dotación de salas y jardines disponibles a lo largo de todo el país.

Esta política fue implementada con el objetivo de entregar cuidados y educación inicial a niños y niñas desde los 3 meses a los 4 años de edad, considerando preferentemente a las familias del 60% más pobre de la población y donde la madre, padre y/o cuidadores trabajen, de modo de generar mejores condiciones educativas y en igualdad de oportunidades, para contribuir al desarrollo de sus capacidades, habilidades y aptitudes de niños y niñas, apoyando a las familias a través de los programas de atención educativa en salas cunas y jardines infantiles.

En vista de la situación de vulnerabilidad de los niños y niñas que ingresan a JUNJI e Integra, es necesario mantener una estrecha coordinación intersectorial para apoyar las estrategias de prevención de enfermedades y accidentes y promoción de la salud en este grupo etario. Asimismo, se requiere establecer y/o reforzar protocolos para priorizar la atención de los párvulos en los centros asistenciales ante problemas de salud detectados por la educadora de párvulos del jardín y/o sala cuna.

JUNJI

Los programas educativos de la JUNJI están presentes en todo Chile y han sido creados según las necesidades particulares de los párvulos y de sus familias, comprendiendo el rol protagónico y activo de los niños y niñas y el de mediador de los adultos involucrados en el proceso de aprendizaje; sustentándose en los fundamentos de la Reforma Curricular de la Educación Parvularia. Los programas son los siguientes:

Programa Jardín Infantil

Se implementa en establecimientos educativos, atiende a párvulos de 0 a 4 años e integra a niños y niñas con necesidades especiales. Es administrado directamente por JUNJI o bajo la modalidad de traspaso de fondos a municipios o entidades sin fines de lucro. Se encuentran ubicados en zonas urbanas y semiurbanas. Funciona once meses del año en jornada completa y ofrece el servicio gratuito de alimentación.

Programa Alternativo de Atención

Atiende diariamente a niños y niñas desde los 2 años hasta su ingreso a la educación básica, es de carácter presencial y está bajo la responsabilidad de un/a técnico en educación parvularia. Ofrece atención integral gratuita, que comprende educación, alimentación y atención social. Considera a la familia como actor clave del proceso educativo y se localiza preferentemente en sectores rurales y semi urbanos. Existen distintas modalidades, a saber:

- **Jardín Infantil Familiar:** Funciona en media jornada, a cargo de una técnico que trabaja diariamente con las familias de los niños y niñas.
- **Jardín Laboral:** Está destinado a niños y niñas cuyas madres trabajan y se organiza de acuerdo a sus necesidades, ofreciendo según el caso, extensión horaria y alimentación.
- **Jardín Estacional:** Destinado a hijos e hijas de madres que realizan trabajos temporales preferentemente en áreas productivas de la fruticultura, agroindustria, pesca y turismo. Funciona durante tres o cuatro meses del año en verano.
- **Jardín Infantil Intercultural (Programa Nacional de Educación Intercultural):** Diseñado para niños y niñas entre 2 y 5 años de edad pertenecientes a los pueblos originarios Aymara, Atacameño, Colla, Rapanuí, Mapuche, Pehuenche, Huilliche, Kawashkar y Yámana. Se aplica un currículum intercultural, correspondiente a cada etnia.
- **Programa de Mejoramiento de Atención para la Infancia (PMI):** Destinado a niños y niñas en situación de vulnerabilidad. Funciona en espacios comunitarios con la participación de las familias y agentes culturales, quienes, con apoyo de profesionales JUNJI, les brindan, solidariamente, educación y cuidado.
- **Programa de Centros Educativos Culturales de Infancia (CECI):** El programa CECI desarrolla una propuesta pedagógica innovadora, que busca potenciar el desarrollo y el aprendizaje de niños y niñas a través de la expresión creativa, siendo el arte, el rescate y la valoración de la cultura.

Programa Educativo para la Familia

Se caracteriza fundamentalmente porque la familia, en su propio hogar, es la protagonista del proceso educativo de sus hijos. Los hogares de los párvulos se convierten en espacios educativos, pues los padres o familiares cercanos son quienes guían los procesos de aprendizaje con la asesoría de educadoras de párvulos y materiales de apoyo.

- **Programa Comunicacional:** Dirigido a niños que no asisten a programas formales de educación parvularia. Se desarrolla a través de transmisiones radiales, que son complementadas con guías educativas para las familias.
- **Programa Conozca a su Hijo (CASH):** Capacita a madres de sectores rurales como educadoras de sus hijos menores de 6 años, que por vivir en áreas de alta dispersión geográfica, no tiene acceso a otros programas educativos

Programa de Alimentación del Párvulo (PAP)

JUNJI en sus programas de atención directa, entrega una alimentación de lunes a viernes, que cubre las necesidades energéticas de los niños y niñas que asisten a las salas cunas y jardines infantiles, según las actuales recomendaciones de la FAO y OMS.

Los programas educativos de JUNJI entregan protección y cuidado a los niños y niñas, y promueven su bienestar a través de la entrega de una alimentación equilibrada, seguimiento del estado nutricional, de los controles de salud y calendario de vacunas, formación de hábitos de higiene y de alimentación saludable, cuidado de la salud bucal, desarrollo de ejercicio físico, prevención de enfermedades y accidentes, buen trato, protección y promoción de la lactancia materna, entre otros temas asociados.

Para el logro de los objetivos planteados se cuenta con políticas, normas, orientaciones y material de apoyo que explicitan las acciones a realizar en torno a los aspectos biopsicosocial de los párvulos. Estas acciones se proyectan a la familia de los párvulos y a la comunidad educativa, quienes participan de las estrategias educativas a desarrollar por el establecimiento. A continuación se presenta una síntesis de las principales acciones desarrolladas por JUNJI relacionadas con el bienestar de los niños y niñas:

- **Evaluación del estado nutricional de los párvulos:** JUNJI realiza control ponderal estatural periódico, evaluación y seguimiento del estado nutricional de los niños y niñas utilizando como patrón de referencia las tablas de la OMS, esto en concordancia con las políticas de salud. Además se realizan acciones planificadas tanto en el ámbito de la alimentación saludable como de la actividad física, a fin de mantener el estado nutricional normal de niños y niñas atendidos.
- **Protección y promoción de la lactancia materna:** estrategia de acreditación de Jardines infantiles Amigos de la lactancia materna (JIALMA), donde para lograr la acreditación se establecen 10 pasos que permiten verificar que jardines promueven y facilitan la lactancia materna.
- **Guía para la prevención y promoción de la salud en jardines infantiles,** dirigida al personal de jardines infantiles.
- **Guía acercando a los párvulos a la educación de tránsito:** Elaborada por JUNJI y CONASET, tiene el objetivo de favorecer el aprendizaje activo, pertinente y relevante de niños y niñas en torno a la educación vial, propiciando de esta forma, un comportamiento integral y seguro en sus diversos modos de interacción con el tránsito.
- **Revisión carné de salud,** con el objetivo de apoyar el cumplimiento de Inmunizaciones y control de salud.
- **Manual de actividad física para la educación parvularia y guía didáctica de actividad física para el segundo ciclo** de la educación parvularia, con el objetivo de promover e incorporar la actividad física desde los primeros años de vida.
- **Política de buen trato JUNJI,** donde se sensibiliza y se dan estrategias de buen trato, basándose en que todos los niños y las niñas son sujetos de derecho, portadores de necesidades, intereses, deseos y capacidades propias.

- **Salud mental: necesidades educativas especiales–desarrollo psicosocial:** Nuestra institución desde el principio de educación inclusiva recibe niños y niñas con necesidades educativas especiales, sean estas permanentes o transitorias, por ello ha dirigido esfuerzos a contratar educadoras diferenciales en todas las regiones.

INTEGRA

Es una institución de derecho privado sin fines de lucro. Fundación Integra atiende a niños y niñas de 85 días a 4 años, 11 meses y 29 días de edad cuya familia esté en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, a través de diversos programas, modalidades complementarias y experiencias diversas.

Programas

- **Programa Jardín Infantil:** Se implementa en establecimientos educativos, atiende a párvulos de 0 a 4 años e integra a niños y niñas con necesidades especiales. Es administrado directamente por Fundación Integra. Se encuentran ubicados en zonas urbanas y semiurbanas. Funciona once meses del año en jornada completa y ofrece el servicio gratuito de alimentación.
- **Programa “Vacaciones en mi Jardín”:** Ofrece a los niños y niñas y sus familias un programa de continuidad de atención durante los períodos de vacaciones, con énfasis en el bienestar a través de una propuesta centrada en el juego y la recreación.
- **Programa de extensión horaria:** Programa que amplía el horario de atención del establecimiento y ofrece a los niños y niñas un servicio de atención integral después de las 16:30 horas, centrado en el cuidado, protección y bienestar. De carácter lúdico, entrega respuestas sensibles y oportunas a las necesidades, intereses y características de los niños y niñas, constituyéndose así, en una propuesta diferente a la que se implementa en el horario habitual.

Modalidades complementarias

- **Jardín sobre ruedas:** Está destinado a niños y niñas de entre 2 y 4 años de edad que viven en condiciones de pobreza y no cuentan con acceso a una educación preescolar formal. Una flota de vehículos completamente equipados con innovadores y estimulantes materiales pedagógicos recorre distintas comunas, donde una educadora y un animador–conductor brindan educación inicial gratuita a niños y niñas de zonas rurales de difícil acceso un día a la semana, durante 4 horas.

Experiencias diversas

- **Sala Cuna en la cárcel:** Para garantizar educación inicial a niños y niñas que permanecen junto a sus madres privadas de libertad, Fundación Integra cuenta con salas cuna en recintos penitenciarios en Arica, Iquique, Valparaíso y Santiago. En ellas, niños y niñas son atendidos con un programa educativo acorde a su etapa de desarrollo y además, reciben una alimentación especialmente planificada para fomentar un crecimiento sano.

- **Aula hospitalaria:** Experiencia que trabaja con niños y niñas de entre 3 meses y 5 años de edad que se encuentran enfermos y deben pasar una temporada en las Unidades de pediatría o cirugía en la red de salud pública de Chile. Psicólogos, educadoras y asistentes sociales entregan acompañamiento, contención y estimulación a los párvulos y a sus familias, complementando de esta manera el abordaje biomédico de su proceso de enfermedad.
- **Veranadas Pehuenches:** Se trata de una experiencia educativa única en el país que se desarrolla entre los meses de enero y abril de cada año y reúne a educadoras, familias y niños pehuenches en la precordillera de la zona de Lonquimay (Región de La Araucanía) para desarrollar actividades pedagógicas.

Además, Fundación Integra cuenta con una Dirección de Promoción y Protección a la Infancia que reúne a las distintas áreas relacionadas con el bienestar de los niños y niñas. Estas áreas son:

- El **Departamento de nutrición y salud** que promueve el bienestar a través de la entrega de una alimentación equilibrada (Programa de Alimentación del Párvulo, compartido con JUNJI), seguimiento del estado nutricional, de los controles de salud y calendario de vacunas de los niños y niñas, formación de hábitos de higiene y de alimentación saludable, cuidado de la salud bucal, desarrollo de ejercicio físico, entre otras materias.
- El **Departamento de prevención de riesgos** que aborda la prevención de accidentes, tanto de niños y niñas como de los trabajadores de la Fundación y el desarrollo de una cultura preventiva institucional.
- El **Servicio de Fonoinfancia**, que consiste en un equipo de psicólogos expertos en infancia que realiza orientación telefónica en materias relacionadas con el desarrollo de habilidades parentales y promoción del buen trato.
- **Unidad de protección a la primera infancia** que aborda todas aquellas situaciones de sospecha de vulneración de derechos que se detecten y/o sean develadas por los niños y niñas en los jardines infantiles y salas cuna.

Para el desarrollo de la temática del bienestar de los niños y niñas, en Fundación Integra se cuenta con políticas, normas, orientaciones y material de apoyo que explicitan las acciones a realizar en torno a los aspectos biopsicosocial de los párvulos. Algunos de ellos son:

- **“Cuadernos viajeros”** Material para el trabajo con familias, elaborado en alianza con Unilever, en temáticas de alimentación y vida saludable.
- **Fichas de experiencias de aprendizaje** específicas en tema de alimentación saludable.
- **Manual y flujograma** de abordaje de sospecha de maltrato y abuso sexual infantil.
- **Material del programa de educación para la no violencia** (Fondef-UC)
- **Procedimientos institucionales** en prevención de riesgos, accidentes y otros.
- **Animaciones en habilidades parentales y prevención de riesgos.**

De acuerdo a ello, el trabajo intersectorial debe establecer las siguientes prioridades:

Temas Generales	Aspectos específicos
Conocimiento de Salas Cuna, Jardines infantiles u otras modalidades de educación inicial	<ul style="list-style-type: none"> De la infraestructura, personal, recursos, programa educativo, programa de nutrición y salud física y mental
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> De las necesidades de salud de los niños y niñas De las necesidades de apoyo técnico en temas de salud De las necesidades de apoyo en salud mental y física
Planificación de acciones en salud y coordinación	<p>Elaboración de Plan de trabajo intersectorial que incorpore:</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Acciones en salud</u> <ul style="list-style-type: none"> Acciones de promoción de salud de los niños y niñas Acciones preventivas que incluyen la identificación de factores de riesgo y protectores y la definición de criterios sanitarios para la atención temprana en salud Priorización de la Atención en salud de los niños y niñas frente a problemas de salud detectados en el Jardín Infantil o sala cuna. <u>Acciones de coordinación</u> <ul style="list-style-type: none"> Trabajo en equipo Visitas en terreno del equipo de salud (a lo menos 3 veces al año para realizar una evaluación general) Periodicidad de las reuniones de coordinación y de intercambio técnico Visita a jardines para control de niño sano, inmunizaciones, desarrollo de campañas Entrega de contenidos educativos al personal y familias de los párvulos.
Establecimiento de mecanismos	<p>Establecer protocolos de atención y coordinación ante situaciones tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presencia de brotes epidémicos Cuando los niños(as), se encuentran con control de salud pendiente. Cuando se evidencia ausencia de inmunización correspondiente Ante sospecha de rezago y/o déficit del desarrollo psicomotor. Ante la presencia y/o sospecha de sobrepeso-obesidad. Ante la presencia de un accidente y/o morbilidad según protocolos establecidos en los manuales de salud de JUNJI e Integra. Ante la presencia de sintomatología vinculada a salud mental
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Monitoreo y evaluación del Plan de trabajo intersectorial.

La coordinación constante entre las salas cuna y/o jardines infantiles y el equipo de salud, y la revisión de los procesos de coordinación favorecerá la oportunidad de la atención y la anticipación al daño en los grupos ya mencionados.

Rol del equipo de salud de APS

Es necesario mantener una coordinación permanente entre los equipos de educación inicial y atención primaria de salud, de modo de asegurar respuestas oportunas a posibles problemas del desarrollo y de salud. Considerando la cobertura de atención de niños y niñas, la cercanía con la familia y la comunidad educativa, y los procesos que se desarrollan en los establecimientos de educación parvularia. JUNJI e Integra son organismos facilitadores de las tareas de salud, por cuanto contribuye a favorecer el cuidado y protección de los niños y niñas a través de la atención directa y de su relación comunicación permanente con la familia. Algunas de las acciones que son necesarias para una correcta coordinación son:

- Capacitar a las educadoras en detección de posibles discapacidades u problemas de salud, que permitan las derivaciones oportunas.
- Informar a los jardines infantiles o sala cuna sobre la nómina de niños y niñas con déficit o rezago en el desarrollo, para que el equipo realice acciones complementarias de estimulación.
- Elaborar en conjunto con los equipos de jardines infantiles, salas cuna u otras modalidades protocolos de derivación que defina criterios de priorización y procesos de derivación entre ambos sectores.
- Generar estrategias de promoción del desarrollo infantil para niños y niñas en salas cunas y jardines infantiles, a través del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.
- Establecer protocolos de derivación oportuna desde atención primaria de niños y niñas con rezago del desarrollo, que requieren ser incluidos en programas especiales.
- Apoyar las instancias de capacitación de profesionales del área de educación preescolar para detectar señales de alerta o factores de riesgo biopsicosocial infantil que afectan el desarrollo (depresión materna, problemas de apego, morbilidad frecuente, negligencia del cuidador, entre otros).

COORDINACIÓN MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

El Ministerio de Desarrollo Social está en constante coordinación con MINSAL en temas de infancia a través del Subsistema de protección integral a la infancia "Chile Crece Contigo".

Las Municipalidades son las responsables de articular la red comunal Chile Crece Contigo, la cual está compuesta por centros de salud, establecimientos de educación inicial, distintos departamentos y oficinas municipales y otros prestadores locales. El objetivo de esta red es garantizar que Chile Crece Contigo se ejecute adecuadamente en el territorio, asegurando la oportuna detección y tratamiento. La red está liderada por un funcionario municipal, el encargado/a de la red comunal, designada por la autoridad edilicia.

El soporte de información y comunicaciones para realizar la coordinación y supervisión de las acciones de acompañamiento y seguimiento de la trayectoria del desarrollo integral de los niños y niñas

beneficiarios, se efectúa a través del sistema de registro, derivación y monitoreo del Ministerio de Desarrollo Social¹¹. Dicho sistema está conformado por la información que proveen todos los organismos públicos o privados que participen del subsistema y que dispongan el Registro de Información Social.

A lo menos este sistema debe registrar toda aquella información relevante referida a:

- El proceso de gestación y de desarrollo integral de los niños o niñas beneficiarios.
- La activación y derivación de las acciones y beneficios del Subsistema.

El Sistema de registro, derivación y monitoreo, será principalmente para:

- Determinar condiciones de riesgo biopsicosocial y vulnerabilidad de los beneficiarios del Subsistema.
- Derivar a los beneficiarios, cuando corresponda, a los organismos públicos o privados que por su participación en el Subsistema deban proveerles atención.
- Apoyar la gestión intersectorial del subsistema.
- Verificar antecedentes administrativos relacionados con los requisitos para acceder a beneficios.
- Servir como plataforma informática para registrar las acciones asociadas al proceso de gestación y de desarrollo integral de los niños o niñas beneficiarios.
- Generar alertas de riesgo biopsicosocial y vulnerabilidad que sean necesarias para activar derivaciones y dar acceso a las prestaciones o acciones del Subsistema.

Por consiguiente las acciones y prestaciones que, en el marco del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, se entreguen o implementen en favor de los beneficiarios, deben ser registradas en el Sistema de registro, derivación y monitoreo. Para estos efectos el Ministerio de Salud velará por que la información que se registre incluya, a lo menos, lo siguiente:

- Gestantes que acuden a su primer control prenatal en el sistema público de salud, incluyendo, datos de identificación de la gestante, cédula de identidad y factores de riesgo biopsicosocial.
- Controles prenatales de gestantes en aquellos casos de entrega de materiales educativos y/o detección de nuevos riesgos biopsicosociales.
- Visitas domiciliarias realizadas a gestantes que presentan riesgo biopsicosocial.
- Gestantes que asisten a educación grupal prenatal.
- Niños y niñas que acuden a su primer control de salud en el sistema público de salud, incluyendo, como mínimo, datos de nacimiento e identificación del niño/a, datos de la madre, padre y/o cuidador y factores de riesgo establecido y/o biopsicosocial.

11 Ley 20.379, crea Subsistema de Protección Integral a la Infancia

- Controles de salud de los niños y niñas, en aquellos casos de entrega de materiales educativos, resultados alterados en la aplicación de instrumentos de medición del desarrollo integral infantil y/o detección de nuevos factores de riesgos establecidos y/o biopsicosociales.
- Visitas domiciliarias realizadas a niños y niñas que presentan riesgos en su desarrollo integral.
- Asistencia de padres, madres y/o cuidadores/as a talleres de educación grupal parental.
- Término del proceso de intervención del Programa Eje.

RED INTERCULTURAL DE SALUD

Es una instancia regional orientada a la participación de los representantes de los pueblos indígenas, visibilización de los problemas de salud existente en los territorios y formulación de planes de salud orientado a la prevención de enfermedades y promoción de la salud de los indígenas.

Objetivo Mesa

Impulsar mecanismos de participación de las organizaciones indígenas y la coordinación intra-institucional e intersectorial en salud intercultural en la región.

¿Qué aporta o como contribuye a la protección de niños y niñas indígenas?

En la medida que los centros de salud asuman las estrategias de la pertinencia cultural y la complementariedad con los sistemas de salud indígenas, se abren posibilidades para que la gestión de los problemas de salud de la población adquiera una orientación diferenciada. Esto significa fortalecer las experiencias desarrolladas por los equipos de salud y las comunidades indígenas, facilitando la comunicación intercultural, elaborando planes de trabajo que permitan rescatar las mejores prácticas para el cuidado de la salud y en lo específico, sobre el desarrollo de infancia indígena. Cabe señalar que no existen antecedentes respecto de este campo de intervención.

Es importante que los servicios de salud, puedan establecer mecanismos de difusión de los principales énfasis en el área de la salud, dependiente del enfoque de la cultura

A continuación se muestran algunos ejemplos de la sistematización del Sistema de Salud Mapuche:

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL “SISTEMA DE SALUD MAPUCHE”

Dimensión	Descripción
Salud	<p>a) Kümelkalen: En el ámbito de la salud significa el estado de bienestar alcanzado o recuperado. Desde la cultura mapuche la salud y la enfermedad se conciben como una relación necesaria y vital para el desarrollo del ser humano, permite a los individuos resguardar su sistema cultural relevando aquellos elementos que le reportan seguridad y protección de su entorno.</p> <p>b) Wezafelen: es lo contrario, significa que un estado de bienestar concebido como óptimo para los individuos se deteriora, sean estas, por causas externas o alteraciones provocadas desde los propios individuos. Cualquiera sea su naturaleza, una enfermedad o una situación de vulnerabilidad genera un malestar colectivo.</p>
Enfermedad	<p>Kutran: Es un término que se utiliza para describir situaciones de vulnerabilidad, dentro del cual se considera el padecimiento de una enfermedad. Por lo tanto <i>Kutran</i> se asocia al dolor más allá de lo meramente biológico, es una manera de aproximarse a la falta de seguridad y protección (alimentaria, económica, afectiva, lingüística, sociales, entre otras).</p> <p>Dimensión conceptual</p> <p>Kutran como concepto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permite comprender la naturaleza de la enfermedad (su nosología), identificar sus causas (su etiología), identificar estrategias diagnósticas (técnicas) y establecer protocolos de atención y tratamiento (prácticas curativas). 2. Alude a la imposibilidad de alcanzar ciertos estándares de vida, tales como: No vivir en su territorio, vivienda poco digna, alimento insuficiente, problemas de acceso a una atención de salud, poseer una mala calidad de vida, falta de medios productivos, entre otras. Todo esto tiene una connotación de Kutran – enfermedad – carencia.
Proceso de Relación “Relación en contexto de la salud”	<p>El término “Pentukun” es un componente esencial en la comunicación e interacción de los individuos perteneciente al pueblo mapuche.</p> <p>Pentukun: acción relacionada al encuentro cara a cara, el saludo y la pregunta acerca de la vida, a través de esta acción las personas conocen y describen su malestar. El resultado de esta acción permiten dimensionar el estado salud y bienestar en el que se encuentra una persona y según su situación, evaluará como “bien: Küme – regular: wenche – mal: weza”.</p>

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MAPUCHE

Categoría de Kutran	Descripción
RE KUTRAN	<p>Es una de las categorías de enfermedad que trata el sistema de salud mapuche y se resuelve a nivel del hogar bajo el modelo médico de autoatención. Sus complicaciones o agravamiento gradual son tratados por los Machis, Lawentuchefes, Ngütamcheffe y otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se refiere a Enfermedades comunes causadas por agotamiento físico, resfríos mal cuidados, luxaciones, alteraciones estomacales entre otras, pero que no revisten complicaciones. • Enfermedades estacionales (resfrió, enfriamientos, fiebres entre otros síntomas)

MAPUCHE / MAPUKUTRAN	<ul style="list-style-type: none"> Se refiere a enfermedades culturalmente delimitada. Su complejidad o simplicidad radica en su dimensión cultural: etiología, diagnóstico, tratamiento y curación. Duración del tratamiento relativo
Subcategoría	Son enfermedades asociadas a roles y funciones que asumen determinadas personas.
KISUKUTRAN	Enfermedades asociadas a la salud reproductiva: El cuidado de la salud es responsabilidad de cada persona y el riesgo de enfermar y de padecer una enfermedad afecta de manera diferente a hombres y a mujeres, esta condición también es designada como KisuKutran.
WEKUTRAN	<ul style="list-style-type: none"> Son aquellas enfermedades atribuibles como resultado del contacto con la otra sociedad; proceso de urbanización, masificación de tipos de alimentos, desuso y olvido de antiguos hábitos alimenticios. Actualmente consideradas como detonadores de nuevas enfermedades. Enfermedades de relativa comprensión cultural e incorporación gradual al sistema de salud mapuche.

www.serviciodesaludaconcagua.cl

CAPÍTULO VII

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL NIÑO(A) EN LA RED

La referencia y contra-referencia es una herramienta clave para la articulación de un sistema de salud descentralizado. Los lineamientos para la referencia y contra-referencia de pacientes pediátricos constituyen una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes unidades de atención médica involucradas, con el objetivo de elevar la calidad del servicio que se brinda a este grupo poblacional, mediante una atención integral, oportuna y de optimización de recursos.

Los principales problemas que existen en la referencia y contra-referencia de niños y niñas son:

- Retrasos de atención
- Duplicidad de recursos y esfuerzos
- Elevación de costos
- Interrupción de tratamientos y desplazamiento innecesario de pacientes; traduciéndose en insatisfacción de los usuarios, tanto externos (pacientes) como internos (personal de salud).

Es por ello que el esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población infantil.

Los principales objetivos de la referencia y contra-referencia pediátrica son establecer un sistema de atención médica escalonada y permanente y continua entre los niveles de atención pediátrica, Coordinar los procedimientos internos y externos de derivación y flujos según estado del paciente, estandarizar los procesos y facilitar la entrega oportuna de la atención.

Para ello cada Servicio de Salud establece los mecanismos y los protocolos de referencia y contra-referencia de sus pacientes y de sus patologías más prevalentes en infancia, teniendo en cuenta el diagnóstico epidemiológico local, la cartera de servicios disponible y los recursos existentes. Estos protocolos son dados a conocer y se actualizan periódicamente.

DEMANDA DE ATENCIÓN

La demanda por atención de salud históricamente ha sido uno de los mayores desafíos a abordar. En el marco general es un problema que se soluciona cuando se logra un equilibrio entre recursos (financieros, humanos, físicos, etc.) y demandas de salud, lo cual a su vez se alcanza con conocimientos epidemiológicos y gestión eficiente de los recursos disponibles.

En los establecimientos de atención de salud existen dos tipos de demandas:

- a. **Demanda espontánea:** corresponde a la que se produce por necesidades específicas de niños y niñas, por dolencias físicas, problemas psicológicos y/o sociales. Algunas características de ésta son:
- **No es ilimitada,** es cuantificable lo que nos permite programar aplicando estrategias para hacernos cargo de ella.
 - **Es estacional:** tenemos demandas distintas en tipo y cantidad en invierno y en verano por lo que también debemos aplicar estrategias de atención de acuerdo a la realidad observada y cuantificada.
 - **Es dinámica:** cuando se logra controlar la demanda por necesidades de una comunidad, aparecen nuevas demandas (demanda oculta).

Por lo tanto, estamos frente a procesos dinámicos que el equipo de salud debe observar, cuantificar e implementar medidas de gestión para satisfacer estas necesidades expresadas en demanda.

- b. **Demanda creada** por las citaciones a consultas o controles por los profesionales y técnicos.

Con respecto a ésta, es muy importante lograr un consenso de flujos de atención y estar permanentemente en coordinación entre las diversas disciplinas, de manera que se eviten las múltiples veces que un usuario tiene que asistir al establecimiento. En general las madres, padres o cuidadores de niños y niñas que más sufren esta situación, son los/as que presentan más riesgos, más problemas de salud y más problemas socioeconómicos, por lo tanto, los más vulnerables y propensos a discontinuar el proceso de atención. Cada profesional o técnico que atiende a un niño o niña debe coordinar el proceso de atención con la familia para favorecer la oportunidad de la prestación.

www.serviciosalud.gov.co

ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN EN LOS NIVELES DE ATENCIÓN:

A pesar de los esfuerzos que se han realizado para lograr una expedita coordinación entre los niveles de atención aún permanecen áreas poco desarrolladas como es la contra-referencia, tema administrativo de gran trascendencia ya que puede marcar la diferencia en la evolución de niños y niñas. Es importante establecer referencia y contra-referencia de niños y niñas en las siguientes áreas definidas:

Atención hospitalaria:

- *Alta del RN:* Definir flujos de derivación desde la maternidad hacia la APS, enviando periódicamente el listado de madres, niños y niñas dados de alta, con el fin de asegurar oportuna atención en menos de 7 a 10 días. En la APS y gestión de la visita domiciliaria integral del RN. Tener especial énfasis en niños y niñas que viven en zonas rurales, o que requieren prestaciones diferenciadas en salud.
- *Egreso Hospitalario:* Asegurar que el niño y la niña, pueda egresar del alta con su hora tomada en CES.

Para asegurar dichos propósitos, la SOME que maneja la información de egresos hospitalarios, debe enviar al SOME del CES correspondiente la información de las altas hospitalarias de niños y niñas a través de correo electrónico, para el seguimiento de control post alta.

Atención Ambulatoria:

- Los niños y las niñas que están en control en los niveles secundarios de salud (Centros Ambulatorios de especialidades "CAE", Centros de Diagnóstico y Tratamiento "CDT" o Centros de Referencia de Salud "CRS") por problemas de salud crónicos y que requieren de atención de especialista como Diabetes Mellitus tipo 1, Cáncer, Sífilis congénita, VIH/SIDA y otras ITS, Discapacidad física, problemas neurológicos y otros, seguirán con sus controles de salud en la atención primaria, estos se adaptarán, dando siempre prioridad a los controles con especialistas.
- Los referentes del Programa nacional de salud de la infancia de los Servicios de Salud deberán realizar las gestiones que correspondan para que los hospitales de niños y niñas usen el cuaderno de salud de niñas y niños, tanto para el registro del número de historia clínica del hospital, la hospitalización, la atención de especialistas y la próxima citación. Esta forma de coordinación permitiría que el especialista se informe del estado nutricional, de los resultados de screening, test, pauta breve, etc., de los niños y las niñas y para el equipo de salud del CES sepa si el niño o la niña sigue en control con el especialista, qué medicamentos está tomando y cómo el equipo puede reforzar el tratamiento.
- Incorporar progresivamente la Telemedicina como apoyo clínico (ej.: Salud mental, cardiología entre otros temas)

Atención de Urgencia:

- En urgencia se prioriza la atención por riesgo vital, en cada prestación se entrega un documento de la atención y tratamiento realizado. Corresponderá al equipo de salud que realiza el control preguntar si el niño o la niña ha sido atendido de urgencia y deberá dejar registrado en la historia clínica del motivo de consulta de urgencia y tratamiento indicado.
- Se debe realizar seguimiento de las atenciones de urgencia efectuando una visita domiciliaria para verificar el riesgo intradomiciliario y entorno social para evitar nuevos problemas de salud según el tipo de urgencia.
- Establecer un sistema de seguimiento y formato estándar para referir a niños y niñas desde de la urgencia del hospital al CES en el que se encuentran inscritos informando el motivo de la urgencia, tratamiento e indicadores del alta de modo que el equipo de salud pueda continuar con los cuidados.
- Mantener contacto e información permanente con los padres o cuidadores a través de reunión presencial, vía telefónica, vía correo electrónico.
- El niño o la niña debe ser dado de alta con su carné de alta, epicrisis médica y de enfermería, y registro de la hospitalización en el cuaderno de salud de niñas y niños.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD (GES)

Las garantías explícitas de salud rigen desde el año 2005 a través de la reforma de salud. Actualmente existen 80 patologías en régimen poseen guías de práctica clínica y canastas de prestaciones definidas.

El encargado(a) de infancia en los SS y Seremis debe conocer el comportamiento en su red de las garantías explícitas en la infancia y potenciar técnicamente los mecanismos necesarios para generar planes de mejora al cumplimiento de las mismas.

La gestión de la provisión de las prestaciones definidas anualmente, por Ley, en el Régimen de Garantías Explícitas es responsable de asegurar el acceso de la población beneficiaria. En la red asistencial se origina la demanda y es responsable de mantener el equilibrio entre la oferta de atenciones y la oferta del régimen general.

Para los establecimientos de salud, prevalece el conocer los mecanismos de sospecha fundada, el tratamiento según protocolo y la derivación oportuna y pertinente a los niveles de mayor complejidad tecnológica.

Las GES poseen criterios de gestión y procesos clínicos que han favorecido avanzar en una metodología de ejecución y coordinación de procesos que puede ser modelo para otros problemas de salud:

- Requerimientos para responder de manera oportuna y con calidad
- Definir las brechas de equipamiento

- Definir brechas de infra-estructura
- Definir brechas de capacitación
- Definir brechas de los recursos humanos
- Estimar las inversiones que son necesarias para corregir dichas brechas.

Estos aspectos forman parte de la planificación para la entrega de servicios de salud en la Red Asistencial.

A través de encargados(as) GES, registros SIGGES, digitadores de sistemas de información SIGGES, y OIRS se establece una estructura organizacional que facilita la gestión y resolución de los casos en forma oportuna.

Los y las encargados(as) de infancia deben:

- Conocer las patologías que están incorporadas al régimen de garantías explícitas en salud, y participar activamente de los procesos técnicos y administrativos que favorezcan la atención de los beneficiarios.
- Participar en reuniones técnicas con Encargados(as) GES.
- Participar de procesos de capacitación para gestores técnicos de la red.
- Favorecer la contraparte de la gestión técnica en infancia
- Difundir guías clínicas, protocolos y flujogramas de derivación de las patologías GES en menores de 10 años nuevas.
- Actualizar los conocimientos técnicos sobre garantías GES de problemas de salud vigentes a la red de infancia.
- Favorecer los procesos de capacitación técnica de la red asistencial de las guías clínicas a los equipos de salud infantil.

Prestaciones Ges que incluyen garantías explícitas para niños y niñas de 0 a 9 años:

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA, prevención transmisión madre - hijo
- Retinopatía del prematuro
- Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
- Displasia bronco pulmonar del prematuro
- Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido
- Hemofilia
- Cardiopatías congénitas operables
- Disrafias espinales
- Fisurados labiopalatina
- Asma bronquial moderada y severa
- Epilepsia no refractaria

- Escoliosis, tratamiento quirúrgico
- Infección respiratoria aguda baja de manejo ambulatorio
- Cáncer en niños y niñas menores de 15 años
- Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos
- Diabetes Mellitus I
- Diabetes Mellitus II
- Salud oral integral en niños de 6 años
- Estrabismo en menores de 9 años
- Gran quemado
- Politraumatizado grave
- Atención de urgencia por TEC
- Trauma ocular grave
- Insuficiencia renal crónica terminal
- Fibrosis quística
- Hemorragia cerebral
- Consumo problemático de alcohol y drogas para menores de 20 años
- Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años.
- Lupus eritematoso sistémico

www.serviciodesaludaponcagua.cl

CAPÍTULO VIII

DIAGNÓSTICO REGIONAL DE SALUD EN LA INFANCIA

Durante los primeros años de vida se manifiestan riesgos específicos asociados a significativos y continuos cambios en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo y también cambios asociados al proceso de adaptación a la familia y entorno.

Es así como durante el período gestacional se incrementan ciertos riesgos para la madre y su hijo o hija, presentando ciertos factores de riesgo (malnutrición, diabetes, hipertensión, hábito tabáquico, depresión, conflicto con la maternidad, etc.); o bien porque se encuentra inmersa en un entorno familiar y social vulnerable (pobreza, hacinamiento, violencia intrafamiliar, falta de oportunidades, etc.). Lo mismo ocurre durante los primeros años de vida, donde aspectos biológicos propios del niño o niña, como la inmadurez del sistema inmunitario exponen al recién nacido a un mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas; mientras que las condiciones del entorno pueden contribuir a la aparición de riesgos en el desarrollo de destrezas motoras, psicológicas, cognitivas y conductuales, de interacción social, o en la ocurrencia de accidentes, entre otros riesgos.

En todo el curso de vida existen condicionantes que pueden alterar positiva o negativamente la salud y calidad de vida de niños y niñas. Las intervenciones en salud que sean entregadas a la población infantil, requieren ser focalizadas según grupos específicos y bajo evidencia científica, para que puedan generar un impacto eficaz y eficiente.

El diagnóstico epidemiológico tiene como objetivo conocer la situación del proceso salud enfermedad - salud bienestar; relacionándolos con los servicios de salud, factores condicionantes y riesgos. Básicamente busca medir la eficiencia y analizar la relación de los recursos para la salud y los daños en salud, los servicios y factores predisponentes o condicionantes a enfermar.

En Chile existen grandes diferencias entre grupos de población que provocan una distribución asimétrica de factores de riesgo e impactos diferenciales en los resultados de salud. Lo anterior, es consecuencia de condiciones sociales distribuidas diferencialmente según género, edad, etnia, ruralidad, entre otras. Un ejemplo de lo anterior se observa a través de las tasas diferenciales de mortalidad infantil según comuna y nivel educacional de la madre; y la prevalencia del desarrollo psicomotor en menores de 5 años según quintiles de ingreso.

Con el fin de incidir significativamente en el mejoramiento de la salud de la población y reducir las inequidades, es imprescindible que los programas de salud pública aborden hoy los determinantes sociales e incorporen criterios de equidad en salud.

Es necesario entonces conocer las condiciones de vida de niños y niñas en el territorio geográfico bajo la jurisdicción de la autoridad sanitaria regional, mediante la mantención de un diagnóstico actualizado de salud infantil. Lo anterior implica la utilización de diferentes fuentes de información disponibles, entre las que destacan los resultados del Estudio de Caracterización Socio-Económica (CASEN), los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), las bases de datos del

Ministerio de Desarrollo Social (Chile Solidario, Chile Crece Contigo, etc.), el “Índice de Infancia por Comunas UNICEF–Ministerio de Desarrollo Social”, entre otras.

El análisis de esta información, permite conocer aquellos factores y condiciones que exponen a la población infantil y a sus familias a situaciones de vulnerabilidad, tales como el ingreso per-cápita por hogar, el nivel educacional, la condición de ruralidad, la pertenencia a pueblos originarios o a grupos de población migrante. Las vulnerabilidades detectadas se expresan en desiguales resultados en el estado de salud y son reflejo de la existencia de barreras culturales, geográficas y económicas.

Los resultados en salud propiamente tal, se obtienen a partir de fuentes de información generada en el propio Ministerio de Salud tales como los registros DEIS–MINSAL: estadísticas vitales, anuario de egresos hospitalarios, Registros estadísticos Mensuales (REM), estudios de carga de enfermedad, Encuesta de Calidad de Vida (ENCAVI), Encuesta Nacional de Salud (ENS), entre otros. El uso de las distintas fuentes, permite contar con información respecto a las características demográficas de la población objetivo, tasas de mortalidad desagregada por grupos etarios, principales causas de morbilidad, causas de AVISA y calidad del ambiente en que se desarrollan niños y niñas.

Todo lo anterior permite contar con una línea de base de la situación regional, establecer prioridades regionales (a veces distintas a las nacionales) determinar las metas a alcanzar y las estrategias para lograrlas.

El diagnóstico regional permite conducir la formulación de un Plan Regional de Infancia, o conjunto de estrategias e intervenciones asociadas a objetivos, metas, actividades y resultados finales. Lo anterior, obliga a la elaboración de indicadores¹² para el monitoreo y la evaluación de los procesos y resultados esperados, lo que permite además hacer un seguimiento de las intervenciones y comparar la evolución de los resultados en salud en un tiempo determinado. Para la formulación de indicadores se debe tener en cuenta las prioridades nacionales y regionales en salud infantil.

CONFECCIÓN DIAGNÓSTICO DE SALUD INFANTIL

Para poder efectuar el diagnóstico de salud infantil, debemos tener los siguientes elementos (Anexo N°4):

- Descripción de la situación socio –histórica y cultural del territorio.
- Caracterización sociodemográfica de la población infantil (mapa territorial).
- Identificación de los riesgos a nivel comunitario, individual y familiar.
- Descripción de los Servicios de Salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas (cartera principal de servicios).
- Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población (ej: población en situación de vulnerabilidad por terremoto).
- Análisis de la participación de la población infantil y solución de los problemas de salud.

12 En el capítulo de evaluación, se encuentran los principales indicadores disponibles para infancia, y en anexos indicadores complementarios.

- Análisis de intersectorialidad en la gestión de salud infantil en la comunidad.
- Situación de salud de infantil.
- Plan de Acción (el plan de acción puede ser para cinco y diez años acorde a la estrategia nacional de salud).

A modo de orientación se puede señalar que el levantamiento en las áreas programáticas más relevantes en infancia están relacionadas con:

- Mortalidad infantil, mortalidad 1 a 4 años, mortalidad 5 a 9 años
- Indicadores Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.
- Desarrollo infantil temprano, siendo un indicador de impacto las prevalencias de rezagos del desarrollo en menores de 5 años.
- Nutrición: indicador de impacto prevalencia de sobrepeso y obesidad en población bajo control
- Indicador de población menor de seis años libre de caries
- Indicador de maltrato infantil en población bajo control
- Población infantil expuesta a contaminantes ambientales

Este diagnóstico puede ser complementado por mapas de riesgo, con el fin de poder diferenciar las zonas más vulnerables y según población infantil (Ver Capítulo XI Evaluación).

VIGILANCIA DE MUERTE EN MENOR DE UN AÑO

Históricamente se han aplicado auditorías de muerte en menores de un año, puesto que la mayoría de los fallecimientos se producían en esta etapa de la vida, llegando incluso a definirse como un indicador de desarrollo útil para la comparación entre países.

Actualmente, la baja tasa de mortalidad infantil observada en nuestro país permite orientar la gestión sanitaria a la reducción de decesos evitables o prevenibles y detectar de este modo las fallas que se producen en el proceso de atención y que son susceptibles de ser modificadas.

Reglas administrativas para activar el proceso de Auditoría

La vigilancia de muertes de menores de un año deberá realizarse a través de un Comité de Auditorías de Muertes Maternas, Fetales e Infantiles nombrado por el Subdirector de Salud de cada Servicio de Salud. Este comité tendrá como objetivo auditar la totalidad de los decesos maternos, fetales e infantiles ocurridos en establecimientos públicos de su jurisdicción. Con este fin, deberá sesionar periódicamente para determinar, en base a los formularios de decesos y otros antecedentes de que disponga; posibles muertes prevenibles.

El formulario de auditoría de muerte, documento base definido por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) deberá ser llenado por el o los profesionales que atendieron el caso en el establecimiento donde ocurrió la muerte. De este modo, las auditorías realizadas en los niveles locales serán enviadas vía memorando al Subdirector Médico del Servicio de Salud y éste las entregará al encargado del comité del Servicio de Salud respectivo.

Posterior al análisis de estas auditorías, el Comité de cada Servicio de Salud debe emitir un informe que contemple, entre otros elementos, las conclusiones del proceso de auditoría y las recomendaciones que estime pertinente para retroalimentar a los equipos de salud mediante el envío a cada establecimiento y/o según jurisdicción donde ocurrió la muerte. El objetivo de este informe es indicar a los equipos de salud la posibilidad de mejorar la oportunidad y los procedimientos que tengan que ver con la calidad de atención del equipo de salud. Este informe deberá ser remitido además al Departamento de Salud Pública de la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva.

Es deseable que se establezca una operativa estandarizada para el funcionamiento de los Comités de Auditoría. Este estándar debe contemplar entre otros aspectos, la elaboración de un instrumento único de auditoría que indique al menos datos de identificación del caso, nombre del establecimiento de procedencia, el período en que ocurre el deceso (fetal, neonatal, post neonatal), la conclusión de la auditoría (evitable ó prevenible), los fundamentos de la conclusión y las observaciones o recomendaciones correspondientes.

Las autoridades sanitarias regionales deberán velar por el adecuado cumplimiento del funcionamiento de los Comités regionales, generar instancias de coordinación para la evaluación conjunta y periódica de resultados. Así también, velarán por el adecuado cumplimiento de la norma que regula el funcionamiento de la Auditoría de muertes fetales e infantiles (neonatal y post-neonatal) por parte de la red de establecimientos privados de salud.

CAPÍTULO IX

CAPACITACIÓN PARA LA ATENCIÓN EN INFANCIA

La capacitación de profesionales en la primera infancia es una actividad de primera prioridad para lograr los objetivos sanitarios esperados en la población infantil. Favorece a la institución y potencia el trabajo de manera más organizada, integrada y conlleva a maximizar los resultados. Fortalece la administración de los recursos y posibilita el desarrollo personal y profesional a través de la adquisición de mayores habilidades y destrezas para el desempeño. A través de esta estrategia el equipo de salud adquiere conocimientos de acuerdo a la nueva evidencia científica disponible y se entregan herramientas para otorgar una atención de calidad a los usuarios(as) y sus familias.

El Ministerio de Salud cuenta con dos entidades que orientan la gestión en capacitación:

- Departamento de Formación y Capacitación, de la División de Gestión y Desarrollo, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Programa de Capacitación en la Atención Primaria, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Le corresponde al *Departamento de Formación y Capacitación del MINSAL*, contribuir, a través de la regulación, entrega de orientaciones, asesoría, monitoreo, control y asignación de recursos presupuestarios, a la generación de competencias en el personal de los SS y de la red asistencial para que generen las capacidades requeridas para apoyar la reforma sectorial, la instalación del nuevo modelo de atención y el desarrollo de la red asistencial, con el fin de aumentar la calidad de los procesos y resultados de la gestión sanitaria.

A nivel local, los departamentos o unidades de capacitación tienen como función identificar, priorizar y compatibilizar las demandas de capacitación de los profesionales con las prioridades del Servicio de Salud y del establecimiento, como base para elaborar y ejecutar, el Programa Anual de Capacitación (PAC) para los funcionarios afectos a la Ley 18.834 y a la Ley 19.664-15.076. También le compete evaluar el cumplimiento las actividades del PAC y registrar su ejecución programática y presupuestaria en el Módulo de Capacitación del SIRH para monitorear y controlar la gestión de los procesos y resultados.

Para ello, el nivel central año a año, actualiza los lineamientos estratégicos de capacitación, que son ejes para la fundamentación técnica de los PAC, los cuales consideran los siguientes elementos en su formulación:

- Misión institucional y prioridades gubernamentales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de los Servicios de Salud para la formulación Presupuestaria 2012.
- Los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 y Objetivos Estratégicos del Plan Nacional de Salud para la década.
- Programa de Gobierno en el área de salud, metas presidenciales, planes de acción y proyectos para el período.

- Lineamientos estratégicos, planes y programas de capacitación.
- Compromisos de gestión y metas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales e indicadores y metas de los Servicios de Salud, así como Programas de mejoramiento de la gestión y otras herramientas de control de gestión.

Además de los recursos asignados para la ejecución del PAC anteriormente señalado, para lograr los objetivos asistenciales y de apoyo a la gestión, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, impulsa y desarrolla líneas específicas de formación de especialistas y de capacitación y perfeccionamiento, a través de Programas de Iniciativa Central, para cuya implementación provee y asigna los recursos financieros necesarios.

Los programas de capacitación para la APS municipal, se enmarcan bajo la ley N° 19.378 y también obedecen a los lineamientos estratégicos de capacitación. Para ello existen a nivel central Programas de Reforzamiento en esta área, la cual beneficia a los funcionarios y equipos de salud fortaleciendo sus competencias para su carrera funcionaria.

Los programas de formación y capacitación para la APS municipal son los siguientes:

- Programa de Desarrollo de Recursos Humanos APS municipal, destinado a fortalecer y mejorar las competencias de los equipos de salud en el modelo de atención y modelo de gestión: gestión por competencias y gestión de calidad en base al modelo de salud integral.
- Programa Desarrollo Capital Humano para Hospitales en transformación a comunitaria, este programa está destinado a aumentar y profundizarla masa crítica de los equipos de salud en el modelo de atención integral, fortaleciendo las competencias de gestión y salud familiar, de esta manera fortalecer los ámbitos de los equipos de trabajo procesos, capacitación, atención cerrada y abierta, enmarcados en el proceso de certificación.

Para la APS dependiente de los SS, también existe un programa de formación y capacitación que apoya la transformación de los hospitales de menor complejidad a hospital comunitario.

HERRAMIENTAS Y ESTRATEGIAS PARA CAPACITACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS EN INFANCIA

El Programa, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011–2020, ha focalizado en la realización de programas de acreditación de competencias en la atención, como un sistema de actualización continua. Esta estrategia busca generar y desarrollar las competencias de desempeño requeridas por los profesionales que atienden a niños y niñas, con el fin de potenciar una atención de calidad y disminuir el rezago, considerándolo como el resultado de todas las acciones en salud.

Las herramientas para capacitación y desarrollo, refiere a las técnicas, instrumentos y metodologías que contribuyen al cumplimiento de las actividades y objetivos de la capacitación. Dentro de los más principales tenemos.

ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

- **Conferencias o videoconferencias técnicas:** Permite llegar a una gran cantidad de personas y transmitir un amplio contenido de información o enseñanza. Se puede emplear como explicación preliminar antes de demostraciones prácticas. Se pueden efectuar con apoyo del nivel central, y en coordinación con equipos de especialistas, se genera plan de actualización de revisión de guías clínicas, protocolos, normativas, revisión de casos entre otros.
- **Videos:** Puede sustituir a las conferencias o demostraciones formales, permite la máxima utilización de instructores más capaces. Los cortes, empalmes o en la cámara lenta son útiles para incidir en demostraciones de realidad. Ayudan a la comprensión de ideas abstractas y en la modificación de actitudes. La grabación y proyección en videos de los colaboradores sujetos a capacitación, son un medio muy eficaz, sobre todo cuando se trata de mejorar la calidad de las prestaciones.
- **Manuales de capacitación:** Manuales de capacitación u otro material impreso, que permita la exposición repetida, son útiles para la explicación de secuencias largas o procedimientos complicados que no pueden retenerse en una sola presentación. Pueden combinarse con conferencias y prácticas de casos clínicos reales.
- **Metodologías e-learning:** Capacitaciones efectuadas por entidades públicas y privadas que favorecen la inclusión de temas acorde a los lineamientos técnicos de capacitación.
- **Diplomados y cursos:** Metodologías más integrales que pueden ser potenciadas a través de los lineamientos técnicos de capacitación, generadas desde el nivel central, o focalizadas por los mismos profesionales en forma personal.
- **Consultorías:** Establecen apoyo en diferentes niveles de especialidad y resolutivez. Por ejemplo en coordinación con la Dirección del Hospital Pediátrico, y Jefe de Pediatría en los Hospitales de Mediana y Alta Complejidad para los equipos de salud de la APS de su jurisdicción, coordinan el apoyo de horas de Médico Pediatra para que cumpla un rol de "consultor" para los Médicos Generales y Familiares de los Centros de Salud de APS, con comunicación directa. Esto potenciará la ejecución de plan de acción que pudiera otorgar mayor resolutivez a la red de atención primaria en infancia.
- **Apoyo intersectorial:** En coordinación con intersector se pueden generar cursos abreviados y reuniones técnicas de capacitación, con especialistas o profesionales de otros sectores y viceversa. Esto fortalece el trabajo en red, y potencia la adquisición de conocimientos integrados, acortando el tiempo de respuesta.

Metodología de capacitación a través de Cápsulas Educativas

El programa de Infancia ha dispuesto una batería de contenidos técnicos para facilitar a los gestores de la red asistencial y SEREMIS de salud, la descentralización de las normativas del programa (Anexo N°5).

Las cápsulas educativas son un programa de capacitación que consiste en entrenar competencias técnicas en profesionales y técnicos que trabajan como gestores o prestadores de servicios del Programa nacional de salud de la infancia. Esta metodología se basa en los *principios de educación para adultos* (participación, horizontalidad, aprendizaje significativo, relación con el contexto, entre otros) y en el *modelos de aprendizaje por competencias*, con el fin de abarcar los tres tipos de conocimientos que involucra cada una de las competencias técnicas a enseñar “el saber” (conocimiento); “el saber cómo” (habilidades); y el “saber ser” (actitud).

Cada cápsula contiene distintos módulos, los cuales según sus contenidos incluyen material de apoyo que facilitan la comprensión técnica y práctica. Estos módulos pueden ser presentados en su totalidad o seleccionadamente, según las necesidades de cada Servicio y Centro de Salud e incluye los siguientes momentos:

- Desarrollo de la temática principal de la capsula educativa
- Entregar contenidos
- Entrenar habilidades
- Potenciar actitudes
- Evaluación basada en competencias de los aprendizajes de cada capsula educativa.

Luego del desarrollo cada cápsula educativa el facilitador realizará una evaluación participativa de los conocimientos y habilidades adquiridas en el proceso de enseñanza-aprendizaje. La modalidad de evaluación es participativa grupal, lo cual apunta al logro de tres objetivos evaluativos:

- La evaluación grupal participativa entregará al encargado de salud infantil información acerca de los conocimientos adquiridos y las áreas que deben seguir siendo profundizadas y posibles focos de mejora en prácticas clínicas.
- La discusión grupal permitirá a los participantes sintetizar los conocimientos principales así como reforzar aquellos temas que no fueron incorporados del todo por algunos de ellos.
- Finalmente la modalidad grupal permitirá a los participantes tomar conciencia de los conocimientos adquiridos, las nuevas habilidades incorporadas e identificar las áreas que debe reforzar en el futuro.

CAPÍTULO X

REGISTRO DE SALUD EN LA INFANCIA

Los profesionales o equipos de salud, cuando toman decisión, necesitan y utilizan una gran cantidad de información. Los registros que lleva salud de niños y niñas contienen información tanto biomédica como psicosocial, que va desde el nacimiento hasta los 9 años de vida. Algunos de los contenidos que se registran son los antecedentes personales y familiares, estado de salud, cumplimientos de hitos esperados para su edad, resultados de exámenes y/o evaluaciones, derivaciones al inter o extra sector, contexto familiar, observaciones de otros profesionales, información de los fármacos administrados, acciones y procedimientos realizados por el equipo de salud, etc. En el último tiempo, estos datos también han cobrado relevancia en el marco médico-legal, ya que permiten evaluar las decisiones que se tomaron cuando se realizan auditorías y respaldar del trabajo realizado por el equipo de salud. Dada su gran utilidad, los registros deben ser siempre legibles, accesibles y oportunos.

Por otro lado, la información de salud registrada en el sistema público también permite conocer los procesos causales que originan, difunden y mantienen los problemas de salud en la población, son esenciales para que el nivel central pueda desarrollar servicios, programas y acciones en respuesta a las necesidades y problemas de las poblaciones, por estos motivos la información reportada debe ser fidedigna y válida.

El Sistema de Registro de Salud de Infancia data de antes de la creación del Servicio Nacional de Salud en el año 1952. En el transcurso del tiempo han existido diversos equipos multidisciplinarios en el MINSAL y de las Direcciones de los Servicios de Salud que lo han perfeccionado y complejizando. El cambio de una visión biomédica a una biopsicosocial ha implicado una diversificación de registros, que tiene su base en la evolución del perfil epidemiológico de la población infantil.

A continuación se revisarán las principales fuentes de información de salud integral del niño y la niña utilizados en el sistema público de salud y de aquellas instancias donde se administra y reporta dicha información.

SISTEMAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DURANTE LA INFANCIA

Existen varias instancias donde se registra información, dentro de las cuales se destaca el Cuaderno de Salud de Niñas y Niños y la Historia Clínica.

Cuaderno de Salud de Niñas y Niños

El cuaderno de salud de niños y niñas, es un documento que pertenece al niño o niña y su familia, y permite el registro de las atenciones de salud que recibe desde su nacimiento hasta los 10 años de vida. Se registra la información desde la maternidad, crecimiento, peso, talla, entrega de vacunas y

alimentos, las citas, los controles, las recomendaciones entregadas por el equipo de salud, algunas indicaciones, entre otros. Es un material que permite que la familia se involucre y tenga un registro de cómo evoluciona el crecimiento y salud de su hijo o hija.

Tiene como principal objetivo servir de puente entre la información registrada por el equipo de salud y la necesidad de las madres, padres y cuidadoras(es) de conocer aspectos importantes para la crianza y cuidados de los niños y niñas. Además, en el cuaderno se entregan mensajes orientadores y recomendaciones para que la familia apoye activamente el desarrollo integral de los niños y niñas en el ejercicio de la responsabilidad fundamental que tiene para con sus hijos e hijas.

Historia Clínica

La Historia Clínica corresponde a un conjunto de registros que son de carácter legal¹³ y es donde los profesionales y técnicos registran en forma cronológica todas las atenciones de salud que entregan a cada persona. Generalmente, cada niño o niña tiene varias historias de salud en la red de atención pública-privada, una en cada establecimiento de salud en los que se atiende. La información a registrar en cada nivel de complejidad difiere, como se describe a continuación:

Historia Clínica en los Establecimientos de Atención Primaria Centros de Salud Urbanos y Rurales, CESFAM, Centro Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), Hospitales de Baja Complejidad o Comunitarios y Postas Rurales

En la Atención Primaria de Salud se abre una Historia Clínica Individual y, si el Centro de salud está acreditado con el modelo de salud familiar, se abre además una de la Historia Clínica Familiar, donde se archivan las Historias Clínicas de todas las personas que componen grupo familiar [24]. Cuando se hace una inscripción de un miembro de una familia, se debe realizar la apertura de una Historia Clínica Individual por cada uno de sus integrantes y citar a un control de salud a los menores de 10 años y a examen de medicina preventiva a los mayores de 10 años.

Historia Clínica Familiar (HCF)

Carpeta familiar a la cual se le asigna y registra un número correlativo del CES, nombre del sector y nombres de cada una de las personas que componen el grupo familiar, empezando por el/la jefe de hogar reconocido por la familia.

Se adjunta

- Hoja de registro de problemas familiares con fecha de detección de estos y fecha de alta.
- Hojas de evaluaciones familiares: Genograma, APGAR familiar, Círculo de Familia, Estudio de Familia y otros que los equipos locales consideren necesarios.

Las Historias Clínicas de los integrantes de la familia tienen el mismo número de la Historia Clínica Familiar a la cual se agrega un guion y el número que lo distingue, empezando por el jefe de familia, tendrán uno o dos dígitos según el número de integrantes de la familia.

13 Este documento puede ser solicitado por los Tribunales de Justicia, frente a una demanda por malas prácticas, causa de muerte, etc.

Historia Clínica Individual del niño o la niña (HCI):

En la carátula de la HCI se registra y se adjuntan los siguientes datos y documentos:

Registra

- Nombre completo de la persona a atender
- Fecha de nacimiento
- RUN
- Domicilio
- Teléfono fijo, Teléfono Móvil, Correo Electrónico
- Nombre del padre y de la madre

Se adjunta

- Formulario de ingreso en el cual, el profesional que primero lo atienda, registre los antecedentes de salud la persona,
- Hoja de registro de problemas personales
- Hoja de registro de resultado de exámenes,
- Hojas de evolución.

Las HCI se archivan en la Carpeta de HCF, en este proceso también se abre:

- Tarjeta de control del niño(a)
- Tarjeta Familiar
- Tarjeta del Programa de Alimentación Complementaria (PNAC)

Los formularios de evaluación como Protocolo de Neurodesarrollo, Desarrollo Psicomotor y otras, se agregan a la HCI en la medida que se realicen. Las Historias Clínicas de ingreso deben estar previamente preparadas a la admisión de personas.

No es necesario hacer este proceso en traslados de personas y familias que vienen de otro Centro de Salud, siempre que se cuente con todos los documentos del Centro de Salud donde se estaba atendiendo, se mantienen los mismos documentos y se abre solo el que falte, registrándose:

- El Número de Historia Clínica del actual Centro de Salud
- Dirección
- Teléfono fijo, teléfono celular, correo electrónico
- Sector

Los Centros de Salud que cuenten con sistema informáticos deberán cumplir con los mismos requisitos de registro.

Historia Clínica en Hospitales de Alta y Mediana Complejidad, Institutos, Consultorios Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centros de Referencia de Salud (CRS)

La Historia Clínica Individual (HCI) se abre en el ingreso al Establecimiento Hospitalario en la SOME, ya sea que el niño o la niña ingrese por CAE, por urgencia o a hospitalización en cualquiera de las unidades o servicios del sistema de hospitalización. Se revisa el registro índice de pacientes, para verificar si el niño o niña tiene HCI anterior, en la cual debe figurar:

- Nombre completo del niño(a) a atender
- Fecha de nacimiento
- RUN
- Domicilio
- Teléfono fijo, Teléfono Móvil, Correo Electrónico
- Nombre del padre y de la madre

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN E INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

Dentro de los sistemas de administración e integración de la información de salud de niños y niñas, se identifican tres actores: a nivel local se encuentran la “Sección de Orientación Médica y Estadística”, en el nivel central el “Departamento de Información y Estadística de Salud” y en un plano transversal “Sistema de Integrado de Información Social – Sistema de Monitoreo y Seguimiento Chile Crece Contigo”.

SOME: Sección de Orientación Médica y Estadística

En todos los establecimientos de red asistencial pública existen las “Secciones de Orientación Médica y Estadística” (SOME). El Reglamento de los Servicios de Salud, aprobado por el D.S. Nº 281/80, dispone en sus artículos 88º al 92º, que “en todos los establecimientos existirá una Sección de Orientación Médica y Estadística”. En la Reforma de Salud se establece que los Hospitales Autogestionados tienen libertad de crear la organización interna más adecuada a sus necesidades, por lo tanto, la función de las SOME la realizan Unidades o Departamento con distintos denominaciones. En los Establecimiento de APS, en las SOME existen las siguientes Unidades

Unidad de Admisión

Comprende las siguientes funciones:

- Entregar información, orientación y derivar: El funcionario de la SOME es el primer contacto del sistema de salud con los padres o cuidadores de niños o niñas, por lo tanto, este administrativo debe acoger al usuario y conocer los criterios de selección según riesgo. Este primer contacto puede ser decisivo en la adhesión a los controles y realizar una gestión oportuna para que el niño o la niña sea atendido en caso de enfermedad y/o riesgo vital.

- Citación: El funcionario de la SOME dará la citación especificando el día, hora y box de atención de los próximos controles o consultas registrándolas en el sistema de citación (manual o informatizado). El profesional o técnico que atendió al niño o niña debe indicar en el cuaderno de salud del niño o la niña, tarjeta de control e Historia Clínica, el días, mes y año de la próxima atención o control.
- Apertura de Historia Clínica: Esta función debería realizarse en un lugar privado, el funcionario abre la Historia Clínica a niños y niñas cuyos padres o cuidadores acuden a solicitar atención y no están inscritos en el CES. Se verifica que no haya tenido Historia Clínica anteriormente en el establecimiento.
- Paralelamente, se registra en el sistema de inscripción informatizado del Fondo Nacional de Salud (FONASA), en esta operación la persona queda clasificada de acuerdo a sus cotizaciones en los tramos A, B, C o D, el tramo A corresponde a las personas carentes de recursos o indigentes. Si el sistema no la calificara como beneficiario, el funcionario debe aplicar criterios previamente consensuados con el director del establecimiento, dentro de los cuales se pueden identificar:
 - Atender a todos los niños o niñas que estén enfermos o presenten una urgencia de salud, aunque no tenga previsión, extranjeros, o sin RUN, después de la atención, indicar procedimiento administrativo a seguir.
 - Indicar trámite para inscribirse en FONASA
 - Consultar con la Asistente Social encargada

El momento del ingreso al CES es una oportunidad para informar como es el funcionamiento del CES, el equipo de cabecera que lo atenderá, las prestaciones a las que puede acceder, los deberes y derechos, etc.

En caso de procesos de traslados, se debe:

- **Desde el CES a otro CES (Egreso por traslado):** Los padres o cuidadores de niños o niñas, solicitan traslado a otro CES por cambio de domicilio u otra necesidad, el funcionario informa que su Historia Clínica será enviada por correo al CES que se trasladará el usuario y se registra el traslado en libro de egresos, en tarjetero índice de pacientes o en sistema informatizado.
- **De otro CES al CES (Ingreso):** Si la Historia Clínica la traen los padres o cuidadores de los niños y niñas se registra como ingreso en libro de ingresos y tarjetero índice de pacientes. Se cambia el número de historia clínica de acuerdo al correlativo en todos los documentos de atención. Se mantienen y registran las citaciones del CES del cual se está trasladando. Si no tiene controles al día y dependiendo de estado de salud, se atiende de inmediato o se da citación. En el caso que la Historia Clínica no haya llegado por correo, se abrirá una provisoria hasta que llegue la original.

Unidad de archivo de historias clínicas

En esta Unidad los funcionarios administrativos son los responsables del manejo del archivo de las Historias Clínicas de todas las personas que se atienden y deben llevar las Historias Clínicas a cada box de atención, cada persona debe tener Historia Clínica y una Tarjeta de control Individual (resumen de historia clínica).

Posterior a la atención, la Historia Clínica será recogida de los box de atención por funcionario de la SOME, este chequea en listado de historias clínicas para cada box, las ordena por número correlativo y procede a archivarlas, según procedimiento establecido (Ver más en *"Manual de Procedimientos SOME"*)

La tarjeta de control del niño(a) quedará archivada en el tarjetero del sector por grupo de edad y mes o año de citación. El archivo lo realiza el Técnico Paramédico o Administrativo capacitado del sector encargado del tarjetero.

La tarjeta de control de entrega de alimentos queda en la sala de entrega de alimentos, el encargado registra el tipo de alimento, la cantidad, citación para próxima entrega y archiva la tarjeta según norma.

Los CES que cuenten con sistemas informatizados deben cumplir con los mismos requisitos de registro establecidos por la autoridad y además poder obtener reportes de información necesaria para la gestión.

LOS CENTROS DE SALUD NO PUEDEN ELIMINAR LA HISTORIA CLÍNICA MANUAL HASTA QUE NO SE LLEGUE A UN ACUERDO NACIONAL DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y TENGA CARÁCTER LEGAL

Los CES que eliminaron la historia clínica manual deberán contar con firma electrónica legalizada para cada profesional y técnico que realiza y registra atenciones de salud, a través de las empresas autorizadas por el Estado.

Organización del Tarjetero Infantil

El tarjetero es un sistema de registro basado en el principio del balance contable, es decir, considera ingresos y egresos, por medio del cual se obtiene inscripción periódica sobre la población menor de 10 años bajo control y características respecto a su estado de salud.

Las tarjetas se abren en la SOME, conjunto con la ficha clínica y a todo niño o niña que ingrese por primera vez a control. Esto puede modificarse a nivel local, siendo responsable de abrirlo el primer profesional que tome contacto con el recién nacido. El manejo del tarjetero es centralizado; su funcionamiento y organización es responsabilidad de enfermeros/as, quienes podrán designar a un au-

xiliar de enfermería capacitado para su manejo diario. No se deben hacer “duplicados de tarjetas”, en el caso de no encontrarla, se registra solo en la HCI, esta se retiene y procede a una búsqueda activa, generalmente se encuentra, y se registra en ella los datos de atención y próxima citación.

Las tarjetas de cada sector se dividen en dos grandes grupos: la población activa y la población pasiva. La población activa se divide, a su vez, según los rangos etarios establecidos en los Registros Estadísticos Mensuales (REM), los cuales a su vez se subdividen según la asistencia e inasistencia del niño o la niña a su último control de salud.

- **Población Activa:** Dentro del tarjetero de población activa se considera a los niños y niñas asistentes e inasistentes, por los cuales se entiende:

Asistentes: Niños y niñas que asistieron a su control en la fecha establecida y que cuenten con citación vigente para el próximo control. Dentro de estos se encuentran:

- Ingresos del mes:** Se ubican las tarjetas de niños y niñas que ingresan a control en el mes.
- Citaciones del mes:** Se ubican las tarjetas de niños y niñas citados a control durante el mes en curso. Este grupo se divide a su vez por día.
- Controlados del mes:** Se ubican en él las tarjetas de los niños que ya fueron controlados durante el mes en curso.
- Mes calendario:** el resto de las tarjetas, de los niños y niñas que no les corresponde control en el mes en curso, se ordenada por mes de citación y por número correlativo de a ficha clínica

Es importante que si se realizan cambios de citación, se registre en la tarjeta de control el motivo de este cambio.

Inasistentes: Niños y niñas que no acudieron a su último control sano en la fecha que estaban citados y que se encuentran en los plazos máximos de inasistencia según edad, a saber:

Rango de edad	Plazos máximos de inasistencia
0 a 11 meses	3 meses de inasistencia desde la última citación
12 a 24 meses	6 meses de inasistencia desde la última citación
2 a 9 años	1 año de inasistencia desde la última citación

Identificar y evaluar la inasistencia de la población infantil permitirá saber el porcentaje de niños y niñas citados que no asisten a control, y de acuerdo a este registro se puede reservar un espacio en la agenda, para recibir y atender a los inasistentes, citándolos en el horario establecido. Es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones con la población infantil inasistente:

- Los niños y las niñas inasistentes deben rescatarse antes de cumplir estos plazos máximos, ya que en este grupo generalmente se concentran los niños y las niñas con más factores de riesgo.
- Los niños y las niñas inasistentes menores de 24 meses son un grupo prioritario.
- Los niños y las niñas inasistentes debido a problemas internos del CES, se le deberá agendar una nueva citación, priorizando según criterios de riesgo.
- Las niñas y niños que figuraban como inasistentes y se rescataron, pasan a asistentes y se les ubica en el mes de calendario.
- Las tarjetas de niños y niñas que no fueron contactados/rescatados dentro de los plazos máximos de inasistencia, pasan a población pasiva.
- Los niños y niñas rescatados, en la próxima cita tendrán prioridad, no puede ser recitado y deberá ser atendidos, si no asiste su tarjeta para a población pasiva.

Por ejemplo: Octubre, niños y niñas con un mes de vida

Tarjeta Población Activa	Edad: 1 mes				
	Asistente				Inasistente
	Ingresos al mes	Controles del mes	Citaciones del Mes	Mes Calendario	

- Población Pasiva:** Contiene las tarjetas de niños y niñas que ya no están en control, ya sea porque se trasladaron a otro CES, no fueron rescatados y cumplieron los plazos máximos establecidos de inasistencia, o fallecieron. El tarjetero de pasivos se ordenada por número de Historia Clínica, la cual deberá contener con la fecha y la causa de la condición de pasivo del niños o niña. Las tarjetas se conservarán según el tiempo que exija la normativa vigente.

En casos de niños y niñas cuyas tarjetas se encuentren en la población pasiva, y vuelvan a solicitar atención de salud, se saca la tarjeta de pasivo, se atiende, se cita y su tarjeta se archiva según grupo de edad y mes de citación.

Procedimiento de Archivo de Tarjetas de Control

Al finalizar las atenciones en la mañana y en la tarde, el técnico paramédico o administrativo capacitado en manejo de tarjetero y encargado del tarjetero integral por sector seguirá el siguiente procedimiento:

- Separar las tarjetas de niños y niñas atendidos/as y citados/as, por los "grupos de edad".
- En cada "grupo de edad", separar las tarjetas por "mes de citación".
- En cada grupo de edad separado por "mes de citación", ordenar por "orden correlativo de Historia Clínica".

- Archivar las tarjetas ya ordenadas, en cada “grupo de edad”, por “mes de citación” y en el mes por “número correlativo de Historia Clínica”.

El último día hábil de “cada mes” se deberá:

- Revisar las tarjetas del mes que terminó y archivar en el rubro inasistentes las tarjetas de los niños o niñas citados que no asistieron a control, en la edad que corresponde y por número correlativo de Historia Clínica.
- Revisar el grupo de inasistentes de cada grupo de edad, las tarjetas de niños(as) que cambiaron de grupo de edad y archivarlas en el rubro inasistentes del grupo de edad que corresponde, por número correlativo de Historia Clínica.
- De la revisión de los grupos de inasistentes por grupo de edad, se identificarán tarjetas de niños(as) que cumplieron los meses de insistencia para cada edad, se registran en cuaderno “egresos”, anotando el nombre, RUT, edad y número de HCl y se archivan en pasivos por número correlativo de Historia Clínica.

Es importante tener en cuenta que al realizar el “movimiento mensual” de las tarjetas (manejo de tarjetero, el último día hábil de cada mes) se mantiene una tendencia en los datos de población y de los indicadores. No se debe realizar “limpieza de tarjetero”, ya que esta actividad no es parte del manejo del tarjetero. Además cuando esta actividad se realiza, se producen cambios bruscos, quiebres de las tendencias, inconsistencia en los datos de población y, por lo tanto, de los indicadores.

Unidad de Estadística

En esta unidad se procesa la información “diaria” de las prestaciones que realizan los profesionales y técnicos del establecimiento. Mensualmente se consolidan las estadísticas de atenciones y semestralmente la población en control, las cuales deben ser validadas por el equipo profesional encargado del programa en conjunto con el funcionario de estadística.

En los Centros de Salud con sistema manual de registro, cada encargado (a) de programa/disciplina debe entregar los datos de las actividades realizadas a la unidad de estadística, donde se transcribe la información y se consolida en los REM. Los establecimientos que cuentan con sistemas informatizados tienen la facilidad de acceder a un resumen de las prestaciones mensuales de cada profesional, lo que puebla directamente el REM, sin embargo debe ser validado por cada encargado de programa antes de ser remitido en forma oficial a los Servicios de Salud.

Es muy importante que cada CES cuente con el recurso humano de administrativos necesario según la carga de trabajo que demanda la realidad local, para que no se utilice horas de profesionales y técnicos en esta función, esto facilita que se cumpla con oportunidad y calidad de la recolección, revisión y envío de la información estadística vital para la toma de decisiones en todos los niveles.

Unidad de Recaudación

En esta unidad se realiza la recaudación por prestaciones a niños y niñas que no están adscritos a FONASA, que cotizan en ISAPRE o no tienen previsión de salud y solicitan atención en el CES. Para que se pueda realizar una prestación particular, el CES debe contar con el recurso humano necesario, siempre priorizar las atenciones a los usuarios del sistema público FONASA. Sin embargo, los niños y niñas con sospecha de abuso, violencia sexual o ITS, deben ser atendidos indistintamente del sistema de salud al cual estén adscritos/as, dado que por Reglamento y Código Sanitario esta atención es gratuita para toda la población.

Departamento de Información y Estadística de Salud

El Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) es el encargado de *“generar información estadística, confiable y oportuna...participando en el diseño y en la implantación de mecanismos de control y evaluación, que apoyen la formulación de políticas, la planificación y la ejecución de las diversas acciones de salud, contribuyendo de esta manera al mejoramiento del nivel de salud de la población, a la satisfacción de sus expectativas al respecto y al cumplimiento de sus derechos en este ámbito”* [2]. Este organismo consolida la información proveniente de los Servicios de Salud, los que a su vez consolidaron la información entregada por las Comunas o Centros de Salud.

En la actualidad coexisten dos sistemas de registro, los *informatizados*, en los cuales los datos son ingresados directamente en el box y se obtienen a través de reportes; y los manuales donde los datos de producción se obtienen de la hoja diaria de registro de atenciones y de población por medio del recuento de los tarjeteros.

Los registros informatizados que dan cuenta de todas las prestaciones de salud que recibe cada persona por RUN de la población en control por persona y por grupos de edades, con sus diagnósticos y condiciones de salud, estos están instalados y funcionando en el 35% de los Centros de Salud de atención primaria mientras que el 65% sigue usando registros manuales¹⁴. La mayoría de los sistemas informatizados han sido creados por las empresas informáticas o copiados de software diseñados en el extranjero, según la necesidad del cliente que lo compra (Direcciones de Salud Municipal, Hospitales, Clínicas, Servicios de Urgencia, Farmacia, Laboratorio, Sistema de Referencia y Contrareferencia, etc.), por lo que interaccionan con los sistemas instalados por una misma empresa pero no *interoperan*¹⁵ entre las distintas empresas, lo cual provoca que el traspaso de información de un organismo a otro o de un nivel a otro se enlentezca, aumentando los recursos humanos y financieros destinados a registrar.

La instalación del Sistema de Información de las Redes Asistenciales (SIDRA), permitirá la interoperabilidad entre los distintos niveles de atención. Su diseño e implementación ha sido lento, por lo tanto, habrá un periodo de transición antes de lograr que todos los registros de salud sean informa-

14 Catastro realizado en Diciembre de 2010 por los Estadísticos de la Dirección de los Servicios de Salud, DEIS, MINSAL.

15 Interoperar: Facultad que tienen los ordenadores/sistemas de distintos fabricantes para cooperar usando un conjunto de protocolos común.

tizados e interoperables en la red de atención pública y pública-privada. Una vez instalado SIDRA en todo el territorio, el sistema de registro y evaluación de las acciones realizadas será más eficiente y los equipos de salud podrán destinar más tiempo a entregar atención oportuna y de calidad.

Los registros estadísticos de salud agrupan 2 tipos de registro, uno corresponde al registro de las actividades y/o atenciones realizadas por el por los profesionales, técnicos y/o el equipo de salud (REM), información que se reporta, el otro consiste en un Censo de Poblacional, el cual se reporta semestralmente. Este sistema se inicia en los años 1960, con él se ha podido obtener datos para evaluar cuantitativamente las coberturas (eficacia) y resultados (eficiencia) del Programa Nacional de Salud en la Infancia.

La información registrada por los REM se determina en forma participativa entre el DEIS con los Encargados de los Programas del MINSAL, de acuerdo a los indicadores de programas, el Plan de Salud y sus metas para el decenio.

Al respecto el referente de salud en la infancia del establecimiento de salud deberá solicitar clave al DEIS para monitorear los datos que se publican de la comuna y del CES, de modo de compararlos con los que ha enviado a Estadística de la Dirección del Servicio de Salud respectivo. También deberá solicitar al Jefe de Estadística del Establecimiento, que le entregue información del Sistema del Registro Civil (si es que tiene acceso a éste), sobre usuarios inscritos y/o inasistentes que han fallecido, para efectos de actualización y limpieza de tarjetero. Además deberá velar por el adecuado registro de prestaciones y resultados de población en control en la infancia, por lo cual deberá conocer y difundir el Manual de REM.

Registro de Atenciones Mensuales

Es un sistema semi-informatizado, ya que se recoge la estadística desde la hoja diaria de atención del profesional, o del tarjetero de población y las resume en el mes traspasándola a medio electrónico en formato Excel.

El Estadístico del establecimiento procesa manualmente los datos, los revisa y valida su consistencia con el profesional encargado del programa y los envía a la Unidad de Estadística del Servicio de Salud. En este nivel se realiza un proceso de revisión y validación de los datos, de encontrarse inconsistencias se reenvía al nivel local para su corrección, y si los datos son coherentes y consistentes se envía por medio informático al DEIS del MINSAL. En el DEIS se realiza un nuevo proceso de revisión y validación de la información, y si se encuentran inconsistencias se informa a los Estadísticos de los Servicios de Salud para su corrección.

Las actividades mensuales se agrupan según temática en el REM, en las Series A, B, C y D, existen registros de acciones realizadas o pertinentes a niños y niñas de 0 a 9 años. En las siguientes hojas:

- REM A-01 Controles de Salud
- REM A-03 Aplicación y resultados de Escalas de Evaluación

- REM A-04 Consultas
- REM A-05 Ingresos y Egresos por Condición y Problemas de Salud (información de población de carácter mensual).
- REM A-06 Programa de Salud Mental en Atención Primaria y Especialidades
- REM A-07 Atención de Especialidades
- REM A-08 Atención de Urgencia
- REM A-09 Atención de Salud Odontológica
- REM A-10 Programa de Tuberculosis
- REM A-11 Exámenes de pesquisa de Enfermedades Trasmisibles
- REM A-19 Actividades de promoción, Prevención de la Salud y de Participación Social
- REM A-23 Salas IRA ERA y mixtas
- REM A-24 Atención en Maternidad
- REM A-26 Actividades en Domicilio y otros espacios
- REM A-27 Educación para la Salud
- REM A-28 Programa de Rehabilitación física
- REM BM-18 Actividades de Apoyo Diagnóstico y terapéutico
- REM BS-17 Actividades de Apoyo Diagnóstico y terapéutico
- REM BS-21 Pabellón quirúrgico y otros recursos hospitalarios
- REM D-15 Programa Nacional de Alimentación Complementaria (P.N.A.C.)

El sistema de registro del Programa Inmunizaciones se efectúa a través del registro nacional de inmunizaciones.

Registro de Población Bajo Control, semestral

Desde los primeros programas en la infancia, con una visión de salud pública se instauró un sistema de registro caso a caso, con el objetivo de seguir y apoyar el desarrollo saludable de cada uno de los niños y las niñas, en un sistema de controles continuos y periódicos, las tarjetas de control existen en el país desde los años 1960. Este sencillo permite conocer la evolución de la salud en los niños y las niñas, mientras que la estrategia de controles periódicos ha colaborado a lograr una tasa de mortalidad infantil de países desarrollados.

El conteo de la población en control se realiza en dos cortes al año, el último día hábil del mes de Junio y el último día hábil del mes de Diciembre, éstos cortes poblacionales son una foto transversal de las características de la población que se atendió en los centros de salud de atención primaria de salud, durante el mes de Junio y Diciembre.

Al igual que los registros de actividades, los registros censales se agrupan por temáticas, actualmente existe información de la población de niños y niñas en las siguientes hojas/temáticas de la Serie P:

- REM-P02 Población en Control Programa de Salud del Niño (a)
- REM-P03 Población en Control Otros Programas
- REM-P06 Población en Control Programa de Salud Mental en APS y Especialidad
- REM-P08 Población en Control Programa de Rehabilitación Física
- REM-P11 Población en Control Programa de Infección de Trasmisión Sexual – VIH/SIDA

Corte evaluativo semestral de población menor de 10 años bajo control, según estado nutricional

Es la suma de los niños y niñas asistentes e inasistentes. No se consideran los pasivos, aquellos que pasaron el plazo máximo de inasistencia. Se debe contar toda la población según los rangos establecidos por el REM Poblacional, a saber:

TABLA N° 36. CONTROLES DE SALUD Y ESTRUCTURA

Control	Inicio	Termino
Menor de un mes	Menor 29 días	
1 mes	29 días	1 mes 29 días
2 meses	2 mes	2 mes 29 días
3 meses	3 mes	3 mes 29 días
4 meses	4 mes	4 mes 29 días
6 meses	6 mes	6 mes 29 días
8 meses	7 mes	11 mes 29 días
12 meses	12 mes	17 mes 29 días
18 meses	18 mes	23 mes 29 días
2 años	2 años	2 años, 11 meses, 29 días
3 años	3 años	3 años, 11 meses, 29 días
4 años	3 años	3 años, 11 meses, 29 días
5 años	5 años	5 años, 11 meses, 29 días
6 años	6 años	6 años, 11 meses, 29 días
7 años	7 años	7 años, 11 meses, 29 días
8 años	8 años	8 años, 11 meses, 29 días
9 años	9 años	9 años, 11 meses, 29 días

El procedimiento para obtener la población bajo control es el siguiente:

- El recuento de tarjetas se realiza por sector.
- Se traspasan las tarjetas de los niños y las niñas del archivo de inasistentes que hayan cumplido con el plazo máximo de inasistencia al tarjetero de pasivo.

- Se revisa cada grupo de edad de los niños citados e inasistentes y se cambia de grupo de edad si corresponde, lo cual varía más en los grupos de edad de niños de menor edad.

Para realizar el conteo se debe tener diseñada una planilla con los datos que se deben obtener de la población en control. Una persona revisa la tarjeta y la otra marca en la planilla el dato que corresponde. Realizado el conteo se deben revisar los datos, comparándolos con el bajo control del semestre anterior y analizar la consistencia de los mismos, en relación a ingresos y egresos que se pueden haber producido en el semestre (entre censos).

Una vez realizada la verificación y corrección, si corresponde, se entregan los datos a la Enfermera Coordinadora o al Encargado del Programa de salud en la Infancia, quién debe consolidar los datos de todos los sectores del Centro de Salud y comparar los datos con el censo del semestre anterior para cada sector y el censo general del Centro de Salud. Posterior a la verificación de los datos se entrega la información a la SOME del Establecimiento, Unidad de Estadísticas.

Sistema Integrado de Información Social (SIIS)

El SIIS es una plataforma tecnológica computacional e interoperable a nivel nacional que registra, almacena y procesa información lógica de los atributos sociales, civiles y socioeconómicos de la población prioritaria de atención por parte del Estado, garantizando el acceso a un conjunto de prestaciones y beneficios sociales, y que a su vez, aborde las limitaciones de comunicación entre los diferentes sistemas de información administrados por distintos organismos públicos, la cual es administrada por Ministerio de Desarrollo Social [25].

Este sistema es uno de los pilares básicos de la estrategia de protección social chilena y permite contar con toda la información acerca de las prestaciones sociales que entrega el Estado a sus beneficiarios, facilitar y aumentar la eficiencia en la entrega de dichas prestaciones, y actuar coordinadamente entre los organismos prestadores de los servicios y las instituciones de protección social.

Como ya se dijo, la puerta de entrada al sistema de protección social y su red de programas y prestaciones es la FPS, instrumento de caracterización socioeconómica que permite identificar los rasgos más relevantes de los beneficiarios y posibilita focalizar las acciones, prestaciones y beneficios. El "Registro de Información Social" RIS permite hacer operativa la información que se desprende de este instrumento y concentrar en una sola base de datos la información de todas las prestaciones sociales que entrega el Estado a través de sus organismos. Opera a través de una plataforma interoperable o SIIS que permite el intercambio de información respecto de programas sociales y beneficiarios entre distintos organismos públicos.

La información o base de datos de la FPS se almacena en el SIIS, donde también se encuentra asociada toda la información de los beneficiarios y las prestaciones correspondientes a los subsistemas intersectoriales tales como Ficha de Protección Social, los Subsidios Monetarios, Chile Solidario y Chile Crece Contigo. Asimismo, se encuentra almacenada en el (RIS) la información de programas y prestaciones sociales sectoriales de otras instituciones en convenio con Ministerio de Desarrollo Social.

Dentro del Módulo Chile Crece Contigo, existen 2 secciones

- **Sistema de Monitoreo y Seguimiento Chile Crece Contigo**, donde se registra información respecto al primer control de salud entregados a niños y niñas, talleres, visitas domiciliarias, ingreso a talleres, resultados de pautas de evaluación del desarrollo y otras.
- **Sistema de Registro Programa de Apoyo al Recién Nacido**: Registro de la entrega de una serie de insumos para los cuidados iniciales del recién nacido(a) y material educativo para la primera etapa de vida del niño o niña.

www.serviciodesaludaconcagua.cl

CAPÍTULO XI EVALUACIÓN

La evaluación se define como una valoración sistemática y objetiva de un proyecto, programa o política que se está desarrollando o se ha completado; en su diseño, implementación y resultados. Es una determinación sistemática del mérito, lo que implica la comparación con algún estándar o punto de referencia, que ha sido establecido explícita o implícitamente. A partir de esta comparación se establece una interpretación valorativa que resulta en la evaluación en sí misma. Para garantizar la validez de esta interpretación la evaluación debe regirse por criterios de rigurosidad científica.

La principal fuente de información para la toma de decisiones son las evaluaciones e indicadores. El propósito de la evaluación es identificar los beneficios del Programa sobre usuarios y beneficiarios y también sobre actores interesados (stakeholders). La evidencia así recolectada se usa para guiar el programa y mejorarlo, ayudando con ello a convencer a los grupos sociales interesados y comprometidos con el Programa (financiadores, responsables políticos), que el programa tiene un impacto, un efecto, un valor.

Lo anterior, requiere que las medidas e indicadores de evaluación seleccionados tengan significado para esos diversos grupos y comunidades. Los indicadores son variables que intentan objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones, políticas, evaluar logros y metas. El beneficio de los indicadores es que permiten establecer comparaciones en el tiempo y entre grupos.

¿Qué intenta responder una evaluación de un Programa?

Una evaluación de programa pretende otorgar respuesta sobre la gestión del mismo a tanto a nivel nacional como a nivel regional con enfoque territorial.

Desde la mirada externa al programa:

- Certificación de calidad / acreditación externa al programa
- Fundamentar decisiones de distribución de recursos
- Mejorar decisiones de futuros programas o subprogramas complementarios
- Promover el conocimiento sobre qué y cómo se ha hecho el programa
- Proporcionar información pública sobre los logros conseguidos
- Otorgar respuesta a las necesidades internas que presenta el programa
- Comprobar la utilidad de las actividades señaladas o definidas en el programa
- Servir de base para el mejoramiento continuo del programa y su gestión
- Promover procesos de aprendizaje colectivo e individual sobre lo que se hace y cómo se hace
- Comprender los límites y aciertos de un programa en salud pública.

Desde la mirada interna del programa:

- Estimar y determinar la utilidad de las acciones del programa y subprogramas aledaños
- La evaluación debe proporcionar un insumo base para el mejoramiento continuo
- Fomentar y promover procesos de aprendizaje colectivo e individual sobre lo que se hace y cómo se hace

SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE INDICADORES DE SALUD EN LA INFANCIA

La estrategia de evaluación considera valorar periódicamente el funcionamiento del programa en las dimensiones de:

- **Equidad:** Identificar la totalidad de usuarios y beneficiarios que reciben las prestaciones correspondientes según su necesidad.
- **Accesibilidad:** Identificar si todos los potenciales usuarios efectivamente acceden a las prestaciones que les corresponden.
- **Calidad:** Monitorear el funcionamiento de un modelo de protocolización y estandarización de procedimientos asociados al funcionamiento del Programa.

Monitoreo y Evaluación del Programa de Salud en la Infancia

La evaluación del programa debe realizarse a nivel de gestión, supervisión y control. Para que esta sea eficiente y eficaz debe contar con una metodología sencilla y de fácil aplicación, que arroje resultados y que en base a estos se puedan implementar las estrategias de mejoras o de cambios. El proceso de evaluación es una actividad periódica y continua que corresponde a un ciclo de: diagnóstico - planificación - programación - evaluación - diagnóstico.

La principal fuente de datos son los entregados por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud del MINSAL (DEIS), otras pueden ser las Oficinas de Información Orientación, Reclamos y Sugerencias (OIRS), Encuestas de Calidad de Vida, estudios realizados por Sociedades Científicas, Universidades, OMS y OPS. En los niveles de atención de niños(as), es ideal implementar evaluaciones de satisfacción usuaria, realizados una vez al año, que contemplen el proceso de atención e incluyan sugerencias para mejora.

Los distintos niveles involucrados en el Programa deben generar indicadores y sistemas de evaluación con distintos focos, dentro de éstos distinguimos los siguientes:

- **Nivel Central (MINSAL):** Monitorea, supervisa y evalúa el impacto de todas las acciones de salud realizadas que estén involucradas con infancia y da seguimiento ha indicadores históricos. Debe velar porque los procedimientos de las acciones de salud dirigidas a niños y niñas sean los correspondientes a la norma vigente, procurando lograr los re-

sultados propuestos y establecer metas sanitarias que permitan la correcta evaluación. Para ello el Ministerio de Salud evalúa de manera semestral y anual los indicadores propuestos, recogidos del DEIS y levanta información que permite ejecutar información para la gestión de políticas públicas. Genera reuniones y jornadas de intercambio para efectuar la evaluación y propuesta de mejora para las políticas públicas vigentes en materia infantil.

- **Nivel Regional (SEREMI de Salud):** Realiza diagnósticos epidemiológicos de la población de 0 a 9 años de edad de su región con el fin de potenciar planes de mejora a través de las redes públicas y privadas para mejorar la salud de dicho grupo. También recoge y analiza y supervisa la información de salud de infancia de todos los Servicios de Salud de su región, elaborando estrategias de mejoras en conjunto con ellos. Efectúa evaluación de la práctica clínica en sector privado resguardando la atención sanitaria a nivel de la comunidad regional.
- **Nivel de Servicio de Salud:** Recoge y analiza la información de salud de su territorio desagregándolo a nivel comunal y elabora propuesta de mejoras. El resultado de esta evaluación será presentado a los Encargados del programa de los CES o comunas, para su análisis, propuesta de estrategias para aquellos CES que presenten mayores dificultades. Efectúa la supervisión de normativa vigente y actividades del programa a nivel de establecimientos de salud. Efectúa jornadas de evaluación e intercambio con referentes de centros de salud para efectuar mejora en la gestión local.
- **Centro de Salud de Atención Primaria y Hospitales:** Los establecimientos de salud, entregan la atención directa a usuarios y sus familias. En este nivel se deben llevar a cabo los indicadores de atención directa y de desempeño, indicadores clínicos, de recursos humanos etc., que faciliten la gestión del programa. Los establecimientos efectuarán una retroalimentación de esta información tanto a la Dirección de Servicio como Autoridad Sanitaria según corresponda.

Al efectuar evaluación de programas es importante efectuar evaluaciones cuanti y cualitativas que incorporen la percepción del usuario interno y externo, como también actores claves de la red comunal y local a nivel intersectorial. Se debe asegurar el entregar información constante a la comunidad sobre los resultados del programa e incorporar a estos actores en la formulación de los planes de mejora del programa.

Indicadores del Programa

Para medir los avances del Programa o situación epidemiológica de la población objetivo, se utilizaron la clasificación de indicadores de calidad, de los a saber:

- **Estructura**, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos (materiales, humanos e institucionales) para prestarlos.
- **Proceso**, miden la calidad de un conjunto de acciones entrelazadas con un objetivo definido que llevan a un resultado.
- **Resultado**, miden el resultado, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cam-

bio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida. Pero también apunta a que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como por ejemplo el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes.

- **Indicadores centinela**, son aquellos que representan un suceso lo bastante grave e indeseable del resultado de la atención, como para realizar una revisión individual de cada caso en que se produzca. Identifican la aparición de un evento serio cuya ocurrencia debe ser investigada inmediatamente.
- **Indicadores de datos agregados**, (continuos o basados en tasas), son aquellos que indican la necesidad de una revisión detallada, sólo si la proporción de casos en que se presenta el suceso de base sobrepasa un límite considerado aceptable por los propios profesionales (umbral).

A continuación presentamos una parrilla de indicadores que pueden facilitar el monitoreo y evaluación de las acciones relacionadas al programa infantil. Estos indicadores no son obligatorios, algunos son utilizados para medir los IAAPS, metas sanitarias y el PADBP. Sin embargo los equipos a nivel local pueden utilizar los indicadores que consideren necesarios para la mejora continua del programa.

Acompañamiento a los equipos de salud en terreno

Los equipos gestores locales (Servicios, Seremis), efectúan supervisiones y control de las actividades realizadas por los equipos de salud en los establecimientos de cada red.

Este acompañamiento, es efectuado según la metodología que utilice cada Servicio de Salud y Seremi con enfoque territorial y de manera descentralizada, según sea la conformación de cada red asistencial y regional.

Para la supervisión:

- Definir con anticipación las fechas de supervisión en terreno y jornadas de trabajo si corresponde en conjunto con los equipos de salud locales y formalizar las visitas a través de conducto regular.
- Definir previamente el equipo que participara en la supervisión tanto de los establecimientos de salud como de los equipos gestores y si participaran programas de apoyo al programa (PADBP, Salud bucal, salud mental etc.).
- Preparar los temas que serán parte de la supervisión, teniendo presente el diagnóstico de salud de casa establecimiento.

Los temas ejes a evaluar en los establecimientos contemplan

- **Aspectos Cuantitativos:** Contempla la supervisión de actividades que sean contabilizadas, entre ellas, coberturas de atención, población bajo control infantil, demanda espontánea in-

fantil, referencia y contrarreferencia, derivación a especialidad y seguimiento listas esperas, etc. La actividad basal en la atención y seguimiento del niño(a) es el control de salud infantil. Se adjunta un modelo de Pauta de supervisión del Control de Salud Infantil. (Anexo N°6)

- *Pauta de supervisión del Control de Salud:* La pauta pretende ser un instrumento de apoyo para la gestión de los referentes de infancia. Favorece el monitoreo de las actividades cubiertas en el control de salud, permitiendo obtener información en conjunto con los equipos de salud y que puede ser comparada dentro del servicio de salud para el levantamiento de brechas, fortalezas y debilidades.
- **Aspectos Cualitativos:** Contempla la valoración y supervisión de carácter cualitativo que son evaluados en entrevistas, focus group u otras instancias con los profesionales de la salud. Entre ellas destacan la ejecución de capacitaciones, características del equipo de infancia y aspectos relacionales que facilitan la ejecución de actividades, el trabajo en equipo, trabajo en red y otras instancias que fortalezcan.

INDICADORES PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA

Indicadores Centinela

Tema	Sujeto	Nombre	Formula	Fuente	Lugar de registro	Periodicidad	Evaluador
Mortalidad	Menores de 1 año	Tasa de Mortalidad infantil	$\text{N}^\circ \text{ de defunciones de menores de 1 año} * 1.000 / \text{N}^\circ \text{ nacidos vivos}$	DEIS	HOS	Anual	Nivel Central, Regional, Hospitales
Mortalidad	Menores de 28 días	Tasa de Mortalidad Neonatal	$\text{N}^\circ \text{ de defunciones de menores de 28 días} * 1.000 / \text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos}$	DEIS	HOS	Anual	Nivel Central, Regional, Hospitales
Mortalidad	Menores de 1 año	Tasa de Mortalidad Infantil tardía	$\text{N}^\circ \text{ de defunciones de niños y niñas menores de 1 año} * 1.000 / \text{N}^\circ \text{ nacidos vivos}$	DEIS	HOS	Anual	Nivel Central, Regional, Hospitales
Mortalidad	1 a 9 años	Tasa de Mortalidad en la Niñez	$\text{N}^\circ \text{ de defunciones de niños (as) de 1 a 9 años} * 1.000 / \text{N}^\circ \text{ total de población de 1 a 9 años}$	DEIS	HOS	Anual	Nivel Central, Regional, Hospitales

Mortalidad	Niños y niñas hospitalizados	Tasa de letalidad en servicio pediátricos y de neonatología	Nº de defunciones en servicio pediátricos y de neonatología * 100/ Número de egresos de servicio pediátricos y de neonatología	DEIS	HOS	Anual	Nivel Central, Regional, Hospitales
Infección Transmisión Sexual	RN	Porcentaje de recién nacido hijos e hijos de madres VIH(+) con protocolo de transmisión vertical (PTV)	Nº de recién nacido de madres VIH(+) con protocolo de transmisión vertical *100/ total de recién nacido hijos(as) de madres VIH(+)	DEIS	HOS	Anual	Nivel Central, Regional, Hospitales
abuso sexual	0 a 9 años	% de niños y niñas menores de 10 años detectados con signos de abuso sexual	Nº de niños y niñas menores de 10 años detectados con signos de abuso sexual *100/ total de población menor de 10 años	DEIS	HOS-APS	Anual	Nivel Central, Regional, Hospitales

Indicadores de datos agregado

Tema	Sujeto	Nombre	Formula	Fuente	Lugar de registro	Periodicidad	Evaluador
Nacidos vivos	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas entre 0 a 9 años con banderas rojas	Nº de niños y niñas de 0 a 9 años con banderas rojas *100/Nº de niños y niñas bajo control de 0 a 9 años	RL	APS	Semestral	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Bajo peso al nacer	Nacidos vivos	Porcentaje de niños(as) nacidos vivos con peso menor 2.500 gr	Niños(as) nacidos vivos con peso menor 2.500 gr * 100/ Nº de niños y niñas nacidos vivos	DEIS	HOS	Anual	Nivel Central, Servicio de Salud, Hospitales

Prematuros	Nacidos vivos	Porcentaje de nacidos vivos con menos de 32 semanas de gestación	Nº de nacidos vivos con menos de 32 semanas de gestación * 100/ Nº de niños y niñas nacidos vivos	DEIS	HOS	Anual	Nivel Central, Servicio de Salud, Hospitales
Bajo control	0 a 9 años	Porcentaje de variación de población bajo control de 0 a 9 años semestral	(Número de niños y niñas bajo control de 0 a 9 años del semestre actual - Número de niños y niñas bajo control de 0 a 9 años del semestre pasado) * 100 / Número de niños y niñas bajo control de 0 a 9 años del semestre pasado	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Ingresos a control de Salud	Nacidos vivos	Porcentaje de niños y niñas que ingresan a control de salud infantil en el sistema público de salud	Nº de niños y niñas que ingresan a control de salud infantil * 100/Nº de nacidos vivos	DEIS	HOS	Anual	Nivel Central, Servicio de Salud, Hospitales
Déficit del desarrollo psicomotor	Menores de 36	Porcentaje de niños y niñas menores de 36 semanas con déficit en su desarrollo psicomotor	Nº de niños y niñas menores de 36 semanas con déficit en su desarrollo psicomotor * 100 /Nº de niños y niñas con evaluación de su desarrollo psicomotor	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Rezago del desarrollo psicomotor	Menores de 36	Porcentaje de niños y niñas menores de 36 semanas con rezago en su desarrollo psicomotor	Nº de niños y niñas menores de 36 semanas con rezago en su desarrollo psicomotor * 100 /Nº de niños y niñas con evaluación de su desarrollo psicomotor	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES

Estructurales

Tema	Sujeto	Nombre	Formula	Fuente	Lugar de registro	Periodicidad	Evaluador
Profesional idóneo	Menores de 1 mes	Porcentaje de controles de salud infantil realizados por matró(a) o médico a niños(as) menores de 1 mes	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de controles de salud infantil realizados por matró(a) o médico entregados a niños y niñas menores de 1 mes} * 100}{\text{Total de controles entregados a menores de 1 mes}}$	DEIS	APS	Mensual	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Profesional idóneo	1 mes	Porcentaje de controles de salud infantil realizados por médico a niños(as) al mes	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de controles de salud infantil realizados por médico entregados a niños y niñas de un mes} * 100}{\text{Total de controles entregados a niños y niñas de un mes}}$	DEIS	APS	Mensual	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Profesional idóneo	2 meses a 10 años	Porcentaje de controles de salud infantil realizados por enfermero(a) o médico a niños y niñas de entre 2 meses a 10 años.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de controles de salud infantil realizados por enfermero(a) o médico a niños y niñas de entre 2 meses a 10 años} * 100}{\text{Total de controles entregados a niños y niñas de entre 2 meses a 10 años.}}$	DEIS	APS	Mensual	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Protocolo de prevención de infecciones intrahospitalaria	0 - 15 años ¹⁶	Protocolo de prevención de infecciones intrahospitalaria en Servicio de atención pediátrica actualizado	Protocolo de prevención de infecciones intrahospitalaria en Servicio de atención pediátrica actualizado anualmente	RL	HOS	Anual	Regional, Hospitales

16 Edad pediátrica considerada en la hospitalización

Integración cultural	0 a 9 años	Porcentaje de establecimientos de atención primaria con facilitador cultural (en aquellos casos con población bajo control perteneciente a los pueblos originarios)	Nº de Establecimientos de Salud de atención primaria con población perteneciente a pueblos originarios y facilitador cultural *100/ Nº de Establecimiento de Salud de atención primaria con población perteneciente a pueblos originarios	RL	APS	Semestral	Servicio de Salud, CES
Sala de estimulación	Centros de salud	Porcentaje anual de comunas que cuentan con Salas de Estimulación o acceso a equivalentes	Nº de anual de comunas que cuentan con Salas de Estimulación o acceso a equivalentes * 100/ Nº de comunas	RL	APS	Anual	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Capacitación	Recurso humano que atienden a niños y niñas	Porcentaje de profesionales con actualización de sus conocimiento en crecimiento y desarrollo infantil	Nº de profesionales que atiende a niños y niñas y que participan en capacitaciones de actualización de sus conocimiento en crecimiento y desarrollo infantil*100/ Nº de profesionales que atiende a niños y niñas	RL	APS	Anual	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Capacitación	Centros de salud	Porcentaje de Centros de Salud Familiar que realizan capacitaciones de mejoramiento continuo a los profesionales que atienden a niños y niñas	Nº de Centros de Salud que realizan capacitaciones de mejoramiento continuo a los profesionales que atienden a niños y niñas * 100/ Nº de Centros de Salud	RL	APS	Anual	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES

Inducción	Centros de salud	Porcentaje de Centros de Salud Familiar que realizan inducción a los profesionales que atenderán a niños y niñas respecto al rediseño del programa nacional de salud infantil	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Centros de Salud que realizan inducción a los profesionales que atenderán a niños y niñas respecto al rediseño del programa nacional de salud infantil} * 100}{\text{N}^\circ \text{ de Centros de Salud}}$	RL	APS	Anual	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
------------------	-------------------------	---	---	----	-----	-------	---

Indicadores de Proceso

Área	Edad	Nombre	Formula	Fuente	Lugar de registro	Periodicidad	Evalua-dor
Auditoría de Muerte	Menores de 1 año	Porcentaje de muertes de menores de 1 año auditadas según protocolo vigente	$\frac{\text{Número de muertes de menores de 1 año auditadas según protocolos vigentes} * 100}{\text{N}^\circ \text{ total muertes de menores de 1 año}}$	Registro de auditoría	HOS	Caso a caso	Nivel Central, Servicio de Salud, Hospital
Nacimiento	Nacidos Vivos fuera de riesgo	Porcentaje de nacidos vivos fuera de riesgo clínico que recibieron contacto piel a piel de al menos 30 minutos posterior al nacimiento	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos fuera de riesgo clínico que recibieron contacto piel a piel de al menos 30 minutos posterior al nacimiento} * 100}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos fuera de riesgo clínico}}$	DEIS	HOS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, Hospital
PKU	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas fenilcetonuria que ingresan al Programa de seguimiento de PKU	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas fenilcetonuria que ingresan al Programa de seguimiento de PKU} * 100}{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas con fenilcetonuria}}$	Registro propio	HOS	Men-sual	Nivel central, Centro de referencia, Hospitales
TSH	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas TSH que ingresan a tratamiento	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas TSH que ingresan a tratamiento} * 100}{\text{N}^\circ \text{ de niños/as TSH}}$	Registro propio	HOS	Men-sual	Nivel central, Centro de referencia, Hospitales

Inmunización en la Infancia	Recién nacido	Porcentaje de recién nacidos(as) con BCG administrada	Nº de niños y niñas con vacuna BCG*100/ Nº de nacidos vivos	DEIS	HOS	Mensual	Nivel Central, Regiones, Servicio de Salud, Hospitales
Control ingreso	48 - 72 horas después del alta del puerperio¹⁷	Porcentaje de recién nacidos que ingresaron a control dentro de las 48 - 72 horas después del alta hospitalaria	Nº de recién nacidos que ingresaron a control dentro de las 48 - 72 horas después del alta hospitalaria * 100/ Nº de ingresos a control del recién nacido(a)	RL	APS	Mensual	CES
Control ingreso	10 días después el alta del puerperio	Porcentaje de recién nacidos que ingresados a control dentro de los 10 días después del alta hospitalaria	Nº de recién nacidos que ingresados a control dentro de los 10 días después del alta hospitalaria *100 /Nº de recién nacidos ingresados a control de salud	DEIS	APS	Mensual	Nivel Central. Servicio de Salud, CES
Factores de riesgo durante el embarazo	1 mes	Porcentaje de niños y niñas de 1 mes cuyas madres hayan presentado factores de riesgo durante el embarazo, a los cuales se les elaboró un plan de salud donde participó profesional matrn/a que controló el embarazo	Nº de niños y niñas de 1 mes cuyas madres hayan presentado factores de riesgo durante el embarazo, a los cuales se les elaboró un plan de salud donde participó profesional matrona(o) que controló el embarazo*100/Nº de niños y niñas de un mes cuyas madres hayan presentado factores de riesgo durante el embarazo	RL	APS	Mensual	CES

¹⁷ Se debe intencionar el ingreso de los recién nacidos y nacidas antes entre las 48 y 72 horas después del alta del puerperio, aunque actualmente el estándar exigido es de 10 días después del alta.

Banderas rojas binomio	1 mes posterior al posparto de la diada	Porcentaje de binomios con alguna banderas roja activa dentro del primer mes postparto	N° de binomio con alguna banderas roja activa dentro del primer mes postparto *100 / N° de niños bajo control menores de 1 mes	RL	APS	Men-sual	CES
Control antes del mes	48-72 horas post alta hospital o neonatología (o antes del 10 día de vida en niños no hospitalizados)	Porcentaje de niños y niñas y madres detectadas con anomalías en el examen físico de ingreso a control del recién nacido(a) que fueron atendidos por médico	N° de niños y niñas detectados en el ingreso a control del recién nacido con anomalías en el examen físico que fueron atendidos por médico*100/N° de niños y niñas detectadas en el ingreso a control del recién nacido con anomalías en el examen físico	RL	APS	Men-sual	Servi-cio de Salud, CES
PKU	10 días después el alta del puerperio	Porcentaje de niños y niñas con muestra alterada de PKU a los que se le toma una segunda muestra	N° de niños y niñas con segunda muestra de PKU a los que se le toma una segunda muestra *100/N° de niños y niñas con muestra alterada	Re-gistro propio	HOS	Men-sual	Nivel central, Centro de referencia, Hospitales
PKU y HFA	10 días después el alta del puerperio	Porcentaje de niños y niñas que en el ingreso al control de salud del recién nacido(a) son detectados sin toma de muestra PKU en APS derivados a establecimiento hospitalario donde se les toma muestra.	N° de niños y niñas detectados sin PKU, derivados a hospital, donde se realiza procedimiento *100/ N° de niños y niñas detectados sin toma de muestra PKU en APS	Re-gistro propio	HOS	Men-sual	Nivel central, Centro de referencia, Hospitales

Inmunización en la Infancia	menores de 1 mes	Porcentaje de niños y niñas ingresados a control de salud, detectados sin vacuna BCG y que reciben vacuna en hospital	Nº de niños y niñas ingresados a control de salud, detectados sin vacuna BCG y que reciben vacuna en hospital *100 / Nº de niños y niñas ingresados a control de salud, detectados sin vacuna BCG	RL	APS	Men-sual	CES
Control ingreso	10 días después el alta del puerperio	Porcentaje de niños y niñas que ingresan a control del recién nacido(a) aplicación Score riesgo de morir por neumonía	Nº de niños y niñas que ingresan a control del recién nacido(a) aplicación Score riesgo de morir por neumonía *100/º de niños y niñas que ingresan a control del recién nacido(a)	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, CES
Material Educativo Acompañándote a descubrir	Ingreso, 6, 12, 18 y 24 meses	Porcentaje de niños y niñas a los cuales se les entrego el material acompañándote a descubrir	Nº de niños y niñas a los cuales se les entrego el material acompañándote a descubrir en los controles correspondientes *100 / Nº de niños y niñas bajo control Ingreso, 6, 12, 18 y 24 meses	RL	APS	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, CES
Participación del Padre	Padres de menores de 1 años	Porcentaje de controles de salud infantil de menores de 1 año en los cuales asiste el papá	Nº de controles de salud infantil de menores de 1 año en los cuales asiste el papá*100/ Nº de controles de salud infantil de menores de 1 año	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, CES
Score de riesgo de Morir de Neumonía	Ingreso, 1, 2,3,4, 5 y 6 meses	Porcentaje de niños y niñas menores de 7 meses con aplicación score riesgo de morir por neumonía	Nº de niños y niñas menores de 7 meses con aplicación score riesgo de morir por neumonía *100/ Nº de niños y niñas menores de 7 meses bajo control	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, CES

Score de riesgo de Morir de Neumonía	Ingreso, 1, 2,3,4, 5 y 6 meses	Porcentaje de niños y niñas menores de 7 meses con Score riesgo de morir por neumonía moderado o severo que reciben control en sala IRA	Nº de niños y niñas menores de 7 meses con riesgo de morir por neumonía moderado o severo que reciben control en sala IRA * 100 / Nº de niños y niñas menores de 7 meses con riesgo de morir por neumonía moderado o severo	RL	APS	Men-sual	CES
protocolo neurosensorial	1 - 2 meses	Porcentaje de niños y niñas de 1 mes bajo control con protocolo neurosensorial	Nº de niños y niñas de 1 mes bajo control con aplicación Protocolo Neurosensorial*100/Nº de niños y niñas de 1 mes bajo control	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, CES
protocolo neurosensorial	1 - 2 meses	Porcentaje de niños y niñas de 1 mes bajo control con protocolo neurosensorial alterado y derivado	Nº de niños y niñas de 1 mes bajo control con protocolo neurosensorial alterado y derivado * 100 / Nº de niños y niñas de 1 mes bajo control con protocolo neurosensorial alterado	RL	APS	Men-sual	CES
Inmunización en la Infancia	2 meses	Porcentaje de niños y niñas de 2 meses bajo control con vacuna Pentavalente, Neumocócica Conjugada y Polio Oral administradas	Nº Porcentaje de niños y niñas de 2 meses bajo control con vacuna Pentavalente, Neumocócica Conjugada y Polio Oral * 100 / Nº de niños y niñas de 2 meses bajo control	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, CES
Escala Edimburgo	Ma-dres de niños y niñas de 2 y 6 meses	Porcentaje de madres de niños y niñas de 2 y 6 meses, que responden la Escala Edimburgo	Nº de Madres de niños y niñas de 2 y 6 meses que responden la Escala Edimburgo * 100/población bajo control de 2 y 6 meses	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, CES

Escala Edimburgo	Ma-dres de niños y niñas de 2 y 6 meses	Porcentaje de madres de niños y niñas de 2 y 6 meses Escala Edimburgo positiva y confirmación diagnóstica que ingresan a tratamiento	Nº de madres de niños y niñas de 2 y 6 meses con Escala Edimburgo positiva y confirmación diagnóstica que ingresan a tratamiento * 100/ Nº de madres de niños y niñas de 2 y 6 meses Escala Edimburgo positiva y confirmación diagnóstica.	RL	APS	Se-mes-tral	CES
Toma de Rx de pelvis	3 a 4 meses	Porcentaje de niños y niñas de 2 a 3 meses a los cuales se les toma Rx de pelvis	Nº de Rx de pelvis a niños y niñas de entre 2 a 3 meses *100/Total de población bajo control de 3 meses	RL	APS-HOS	Men-sual	CES y Hospital
Displasia de caderas	3 a 4 meses	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses detectados con displasia que reciben tratamiento (según guía GES) antes de los 4 meses	Nº de niños y niñas de 3 meses detectados con displasia de caderas que reciben tratamiento (según guía GES) antes de los 4 meses *100/Total de población de 3 meses detectados con displasia de caderas	SIGGES	APS	Men-sual	Nivel Central, Hospital
Inmunización en la Infancia	4 meses	Porcentaje de niños y niñas de 4 meses bajo control con vacuna Pentavalente, Neumocócica Conjugada y Polio Oral administradas	Nº Porcentaje de niños y niñas de 4 meses bajo control con vacuna Pentavalente, Neumocócica Conjugada y Polio Oral*100/ Nº de niños y niñas de 4 meses bajo control	DEIS	APS	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, CES
Pauta Breve	4, 12 y 24 meses	Porcentaje de niños y niñas con Pauta Breve aplicada	Nº de niños y niñas con Pauta Breve aplicada *100/ Total de niños y niñas de 4, 12 y 24 meses bajo control	DEIS	APS	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, CES

Pauta Breve	4, 12 y 24 meses	Porcentaje de niños y niñas con Pauta Breve alterada que son evaluados con test de desarrollo psicomotor dentro de los 15 días siguientes	Nº de niños y niñas con Pauta Breve alterada que son evaluados con test de desarrollo psicomotor dentro de los 15 días siguientes *100/ Nº de niños y niñas con Pauta Breve alterada	RL	APS	Men-sual	CES
Escala Detección relación vincular (ADS)	4 y 12 meses	Porcentaje de niños y niñas de 4 y 12 meses con aplicación escala detección relación vincular (ADS)	Nº de niños y niñas de 4 y 12 meses con escala de detección relación vincular (ADS) aplicada *100/ Total de niños y niñas de 4 y 12 meses bajo control	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, CES
Test del desarrollo psicomotor (TEPSI y EEDP)	8, 18 y 36 meses	Porcentaje de niños y niñas de 8, 18 y 36 meses con aplicación de test del desarrollo psicomotor	Nº de niños y niñas de 8, 18 y 36 meses con aplicación de test del desarrollo psicomotor * 100/ total de población bajo control de 8, 18 y 36 meses	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, CES
Desarrollo Psicomotor	8 a 48 meses	Porcentaje de niños y niñas con rezago o déficit del DSM que ingresan a escuela de lenguaje	Nº de niños y niñas con rezago o déficit del DSM que ingresan a escuela de lenguaje *100 / Nº de niños y niñas con rezago o déficit del DSM	RL	APS	Se-mes-tral	CES
Desarrollo Psicomotor	8 a 48 meses	Porcentaje de niños y niñas con rezago o déficit del DSM que ingresados a sala de estimulación o equivalente	Nº de niños y niñas con rezago o déficit del DSM que ingresados a sala de estimulación o equivalente *100/ Nº de niños y niñas con rezago o déficit del DSM	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, CES

Inmunización en la Infancia	6 meses	Porcentaje de niños y niñas de 6 meses bajo control con vacuna Pentavalente y Polio Oral administradas	Nº de niños y niñas de 6 meses bajo control con vacuna Pentavalente y Polio Oral*100/ Nº de niños y niñas de 6 meses bajo control	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, CES
Pauta de Riesgos en el Hogar	8 meses	Porcentaje de niños y niñas de 8 meses cuyos padres respondieron la pauta de riesgo en el hogar y recibieron consejería o retroalimentación	Nº de niños y niñas de 8 meses cuyos padres respondieron la pauta de riesgo en el hogar y recibieron consejería o retroalimentación *100/ Nº de niños y niñas de 8 meses bajo control	RL	APS	Se-mes-tral	CES
Ficha bu-codental	18 me-ses y 3 años 6 meses	Porcentaje de niños y niñas de 18 meses y 3 años 6 meses con aplicación de pautas de evaluación bucodentaria	Nº niños y niñas de 18 meses y 3 años 6 meses con aplicación de pautas de evaluación bucodentaria*100/ Total de niños y niñas 18 meses y 3 años 6 meses bajo control	RL	APS	Se-mes-tral	CES
Inmunización en la Infancia	12 me-ses	Porcentaje de niños y niñas de 12 meses bajo control con vacuna Tres vírica y Neumocócica conjugada administradas	Nº de niños y niñas de 12 meses bajo control con vacuna Tres vírica y Neumocócica conjugada*100/ Nº de niños y niñas de 12 meses bajo control	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, CES
Inmunización en la Infancia	18 me-ses	Porcentaje de niños y niñas de 18 meses bajo control con vacuna Pentavalente y Polio Oral	Nº de niños y niñas de 18 meses bajo control con vacuna Pentavalente y Polio Oral*100 / Nº de niños y niñas de 18 meses bajo control	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servicio de Salud, CES

Inmunización en la Infancia	6 años	Porcentaje de niños y niñas de 6 años bajo control con vacuna tres vírica y dpaT (acelular)	Nº de niños y niñas de 6 años bajo control con vacuna Tres vírica y dpaT (acelular) *100/ Nº de niños y niñas de 6 años bajo control	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Servi-cio de Salud, CES
Estado nu-tricional	1 mes a 9 años	Porcentaje de niños y niñas menores de 10 años bajo control con mal nutrición por exceso o déficit derivados a nutricionista	Nº niños y niñas menores de 10 años bajo control con mal nutri-ción por exceso o déficit derivados a nutricionista* 100/ Nº de niños y niñas menores de 10 años bajo control con mal nutrición por exceso y déficit	RL	APS	Se-mes-tral	CES
Estado nu-tricional	1 mes a 9 años	Porcentaje de niños y niñas menores de 10 años bajo control con mal nutrición por exceso o déficit derivados y tratados por nutricionista	Nº niños y niñas menores de 10 años bajo control con mal nutri-ción por exceso o déficit derivados y tratados por nutricionista * 100/ Nº de niños y niñas menores de 10 años bajo control con mal nutrición por exceso y déficit derivados a nutri-cionista	RL	APS	Se-mes-tral	CES
Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas matriculados en los esta-blecimientos educativos de kínder a cuarto básico con control de salud	Nº de niños y niñas matriculados en los establecimien-tos educativos de kínder a cuarto básico con control de salud *100/ Nº de niños y niñas matriculados en los establecimien-tos educativos de kínder a cuarto básico	RL	Estab. Educa-cional	Se-mes-tral	Nivel Central, Servi-cio de Salud, CES

Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas con problemas de salud pesquisado en control de salud escolar y derivados a establecimiento de salud correspondiente	Nº de niños/as con problemas de salud pesquisado en control de salud escolar derivados a establecimiento de salud correspondiente *100/ Nº niños/as pesquisados en establecimiento educacional con problema de salud en control de salud escolar	RL	Estab. Educa-cional	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, CES
Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años con algún problema de salud derivados y con tratamiento según caso, pesquisados en control de salud escolar	Nº de niños y niñas de 5 a 9 años con algún problema de salud derivados y con tratamiento según caso, pesquisados en control de salud escolar *100/Nº de niños y niñas de 5 a 9 años con algún problema de salud	RL	Estab. Educa-cional	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, Equipo salud escolar
Escolar	5 a 9 años	Talleres de promocionales o preventivos de salud, acorde al estadio y perfil epidemiológico del establecimiento/curso	Nº de Talleres de promocionales o preventivos de salud, acorde al estadio y perfil epidemiológico del establecimiento/ curso, realizados	RL	Estab. Educa-cional	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, Equipo salud escolar
Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de entre 5 a 10 años con signos de asma bronquial	Nº de niños y niñas de entre 5 a 10 años con signos de asma bronquial *100/Nº niños y niñas de entre 5 a 10 años evaluados	RL	Estab. Educa-cional	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, Equipo salud escolar
vulnerabilidad psicosocial	0 a 4 años	Porcentaje de niños y niñas menores de 4 años con vulnerabilidad psicosocial incorporados en la red comunal ChCC	Nº niños y niñas menores de 4 años en vulnerabilidad psicosocial incorporados en la red comunal ChCC *100/ total de niños y niñas menores de 4 años con vulnerabilidad	SRMD	APS	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, CES

necesidades especiales	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas menores de 10 años con necesidades especiales bajo control en CES	N° niños y niñas menores de 10 años con necesidades especiales bajo control en el CES *100/ total de niños y niñas menores de 10 años bajo control	RL	APS	Semestral	CES
Promoción	0 a 9 años	Razón de ingresos de madres, padres o cuidadores de menores de 10 años asistieron a educación para el cuidado de sus hijos(as) estimulación desarrollo psicomotor <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición • Prevención de IRA- ERA • Prevención de accidentes • Salud bucodental • Violencia de género • Prevención de Maltrato infantil • Autocuidado: estimulación y normas de crianza • Autocuidado • Apoyo madre a madre • Prevención de alcohol y drogas • Antitabáquica (excluye REM 23) 	N° de madres, padre o cuidador de niños y niñas menores de 10 años que asistieron a talleres educativos / N° de niños y niñas menores de 10 años bajo control	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central, Servicio de Salud, CES

Promoción	0 a 5 años	Razón entre ingresos de madres, padres y/o cuidadores a Talleres Nadie es Perfecto y niños y niñas de 0 a 5 años bajo control	Número de madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas bajo control de 0 a 5 años que ingresan a Taller Nadie es Perfecto / Número de niños y niñas bajo control de 0 a 5 años	DEIS	APS	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, CES
Promoción	0 - 9 años	Porcentaje de comunas que realizan actividades realizadas a promover estilo de vida saludable con focalización a población infantil	Nº de comunas que realizan actividades para promover estilo de vida saludable con focalización a población infantil * 100/ Nº de comunas	RL	APS	Anual	Servi-cio de Salud, CES
Generales	0 - 9 años	Porcentaje de regiones con diagnósticos epidemiológico de la población infantil actualizado	Nº de regiones con diagnósticos epidemiológico de la población infantil actualizado *100/ Nº de regiones				
Inasisten-tes	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas bajo control inasistentes de 0 a 9 años	Nº de niños y niñas menores de 10 años inasistentes a control de salud infantil *100/ Nº de niños y niñas menores de 10 años bajo control	RL	APS	Se-mes-tral	CES
Inasisten-tes	0 a 6 meses	Porcentaje de menores de 6 meses inasistentes a control de salud infantil	Nº de niños y niñas de menores de 6 meses inasistentes a control de salud infantil *100/ Nº de niños y niñas menores de 6 meses bajo control	RL	APS	Se-mes-tral	CES
Inasisten-tes	7 a 11 meses	Porcentaje de niños y niñas de entre 7 a 11 meses inasistentes a control de salud infantil	Nº de niños y niñas de entre 7 a 11 meses inasistentes a control de salud infantil *100/ Nº de niños y niñas de entre 7 a 11 meses año bajo control	RL	APS	Se-mes-tral	CES

inasis- tentes y rescatados	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas entre 0 a 9 años bajo control, inasistentes y rescatados para control de salud infantil	Nº de niños y niñas entre 0 a 9 años bajo control, inasistentes y rescatados *100/ Nº de niños y niñas entre 0 a 9 años bajo control, inasistentes	RL	APS	Se- mes- tral	CES
inasis- tentes y rescatados	0 a 6 meses	Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses inasistentes y rescatados para control de salud infantil	Nº de niños y niñas menores de 6 meses inasistentes y rescatados para control de salud infantil * 100 / Nº de niños y niñas menores de 6 meses	RL	APS	Se- mes- tral	CES
inasis- tentes y rescatados	7 a 11 meses	Porcentaje de niños y niñas de 7 hasta 11 meses inasistentes y rescatados para control de salud infantil	Nº de niños y niñas menores de 10 años, inasistentes y rescatados *100 / Nº de niños y niñas de 7 hasta 11 meses inasistentes a control de salud infantil	RL	APS	Se- mes- tral	CES
inasis- tentes y rescatados	12 a 23 meses	Porcentaje de niños y niñas de 12 hasta 23 meses inasistentes y rescatados para control de salud infantil	Nº de niños y niñas de 12 hasta 23 meses inasistentes y rescatados para control de salud infantil * 100 / Nº Niños y niñas bajo control de 12 hasta 23 meses inasistentes a control de salud infantil	RL	APS	Se- mes- tral	CES
inasis- tentes y rescatados	24 a 71 meses	Porcentaje de niños y niñas de 24 hasta 71 meses inasistentes y rescatados para control de salud infantil	Nº de niños y niñas de 24 hasta 71 meses inasistentes y rescatados para control de salud infantil *100 / Nº de niños y niñas bajo control de 24 hasta 71 meses inasistentes a control de salud infantil	RL	APS	Se- mes- tral	CES

inasis- tentes y rescatados	6 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de 6 hasta 9 años inasistentes y rescatados para control de salud infantil	Nº de niños y niñas de 6 hasta 9 años inasistentes y rescatados para control de salud infantil *100 / Nº de niños y niñas bajo control de 6 hasta 9 años inasistentes a control de salud infantil	RL	APS	Se- mes- tral	CES
Inte- gración cultural	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas menores de 10 años pertenecientes a pueblos originarios bajo control, inasistentes a control y recuperados	Nº de niños y niñas menores de 10 años pertenecientes a pueblos originarios bajo control, inasistentes y recuperados *100/ Nº de niños y niñas menores de 10 años pertenecientes a pueblos originarios bajo control, inasistentes	RL	APS	Se- mes- tral	CES
Supervi- sión	Centros de salud	Porcentajes de centros de salud de la región que cumplen con los estándares propuestos en el Programa Nacional de salud en la infancia	Nº de centros de salud de la región que cumplen con los estándares propuestos en el Programa Nacional de salud en la infancia * 100/Nº de centros de salud supervisados por la SEREMI	RL	SEREMI	Anual	Nivel Central SEREMI
Perfil Epidemio- lógico	SEREMI	Perfiles epidemiológicos de la población de 0 a 9 años a nivel regional actualizado anualmente	Nº de perfiles epidemiológicos de la población de 0 a 9 años a nivel regional actualizados al año/1 anual	RL	SEREMI	Anual	Nivel Central SEREMI
plan ope- rativos de infancia	SEREMI - Ser- vicio de Salud	Tasa de anual plan operativos de infancia consensuados entre SEREMI y Servicio de Salud	Nº de anual plan operativos de infancia consensuados entre SEREMI y Servicio de Salud *100/1 anual	RL	SEREMI ySS	Anual	Nivel Central Regional

Difusión	SEREMI	Tasa de actividades de difusión promocionando la adhesión a control de niños y niñas entre 3 a 9 años	Nº de SEREMIs que realizan actividades de difusión, promocionando la adhesión a control de niños y niñas entre 3 a 9 años / Nº de SEREMIs	RL	SEREMI	Anual	Regional
Difusión	SEREMI	Tasa de actividades de difusión promocionando el cuidado de salud de niños y niñas entre 0 a 9 años	Nº de SEREMIs que realizan actividades de difusión, promocionando el cuidado de salud de niños y niñas entre 0 a 9 años / Nº de SEREMIs	RL	SEREMI	Anual	Regional
Difusión	SEREMI	Porcentaje anual de comunas en cuyos planes comunales (Planes comunales de Salud y/o Planes comunales de Promoción de Salud), consideran actividades para la Promoción del Desarrollo Infantil	Nº anual de comunas en cuyos planes comunales (Planes comunales de Salud y/o Planes comunales de Promoción de Salud), consideran actividades para la Promoción del Desarrollo Infantil * 100/Nº de comunas por región	RL	SEREMI	Anual	Regional y Servicio de Salud
GES	Hospital	Porcentaje de garantías explícitas que benefician a niños y niñas menores de 10 años cumplidas en el establecimiento.	Nº de garantías explícitas que benefician a niños y niñas menores de 10 años cumplidas en el establecimiento *100/ Nº de garantías explícitas que benefician a niños y niñas menores de 10 años solicitadas	SIGGES	HOS	Men-sual	Nivel Central, Regional y Servicio de Salud, Hospitales
Cesáreas	Nacidos Vivos	Porcentaje de niños y niñas que nacen por cesáreas	Nº de niños y niñas que nacen por cesáreas * 100/ Nº de nacidos vivos	DEIS	HOS	Se-mes-tral	Nivel Central, Regional y Servicio de Salud, Hospitales

altas de niños y niñas en consultas médicas	niños y niñas de 0 a 9 años	Razón de altas de niños y niñas en consultas médicas de especialidades trazadoras respecto al total de consultas de especialidades trazadoras realizadas	Nº de de altas en consultas médicas de especialidades trazadoras/ total de consultas de especialidades trazadoras realizadas	DEIS	HOS	Se-mes-tral	Nivel Central, Regional y Servicio de Salud, Hospitales
camas indiferenciadas	camas	Porcentaje de camas indiferenciadas	Nº de camas indiferenciadas *100/ Nº total de camas	DEIS	HOS	Se-mes-tral	Nivel Central, Regional y Servicio de Salud, Hospitales

Indicadores de Resultados

Área	Edad	Nombre	Formula	Fuente	Lugar de registro	Periódicidad	Evalua-dor
protocolo neurosensorial	1 mes	Porcentaje de niños y niñas de 1 mes bajo control con protocolo neurosensorial alterado	$\frac{\text{Nº de niños y niñas de 1 mes bajo control con protocolo neurosensorial alterado} * 100}{\text{Nº de niños y niñas de 1 mes bajo control con protocolo neurosensorial aplicado}}$	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Regional y Servicio de Salud, CES
Pauta Breve	4, 12 y 24 meses	Porcentaje de niños y niñas con Pauta Breve alterada	$\frac{\text{Nº de niños y niñas con Pauta Breve alterada} * 100}{\text{Nº de niños y niñas con Pauta Breve aplicada}}$	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Regional y Servicio de Salud, CES
Escala Detección relación vincular (ADS)	4 y 12 meses	Porcentaje de niños y niñas de 4 y 12 meses con aplicación escala detección relación vincular (ADS) alterada	$\frac{\text{Nº de niños y niñas de 4 y 12 meses con escala detección relación vincular (ADS) aplicada} * 100}{\text{Nº de niños y niñas con alterada detección relación vincular (ADS) aplicada}}$	DEIS	APS	Men-sual	Nivel Central, Regional y Servicio de Salud, CES

Respiratorio	0 a 9 años	Razón entre consultas médicas a niños y niñas de IRA ALTA y población bajo control menor de 10 años	Nº de consultas de IRA ALTA entregadas a niños y niñas /Total de niños y niñas bajo control menores de 10 años	DEIS	APS	Mensual	Nivel Central, Regional y Servicio de Salud, CES
Lactancia Materna	6 meses	Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva	Nº de lactantes menores de 6 meses controlados con lactancia materna exclusiva *100/Nº de lactantes de 6 meses controlados	DEIS	APS	Mensual	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Lactancia Materna	12 meses	Porcentaje de niños y niñas de 12 meses con lactancia materna más sólidos	Nº de niños y niñas de 12 meses con lactancia materna más sólidos *100/ Nº menores controlados a los 12 meses	DEIS	APS	Mensual	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
infecciones intrahospitalarias	0 - 9 años	Porcentaje de niños y niñas egresados con infecciones intrahospitalarias	Nº de niños y niñas egresados con infecciones intrahospitalarias *100/ Nº de niños y niñas egresados	DEIS	HOS	Semestral	Nivel Central, Regional y Servicio de Salud, Hospitales
Desarrollo Psicomotor	0 a 36 meses	Porcentaje de niños y niñas con rezago que en la reevaluación se recuperan (normal)	Nº de niños y niñas con rezago que en la reevaluación se recuperan (normal) *100/ Nº de niños y niñas con rezago con reevaluación	DEIS	APS	Mensual	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Desarrollo Psicomotor	0 a 36 meses	Porcentaje de niños y niñas con riesgo que en la reevaluación se recuperan (normal)	Nº de niños y niñas con riesgo que en la reevaluación se recuperan (normal) *100/ Nº de niños y niñas con riesgo con reevaluación	DEIS	APS	Mensual	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Desarrollo Psicomotor	0 a 36 meses	Porcentaje de niños y niñas con retraso que en la reevaluación se recuperan (normal)	Nº de niños y niñas con retraso que en la reevaluación se recuperan (normal) *100/ Nº de niños y niñas con retraso con reevaluación	DEIS	APS	Mensual	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES

Desarrollo Psicomotor	8 a 48 meses	Porcentaje de niños y niñas con rezago, riesgo y retraso (DSM) que asisten a escuela de lenguaje y se recuperan en la reevaluación	Nº de niños y niñas con rezago, riesgo y retraso (DSM) que asisten a escuela de lenguaje y se recuperan en la reevaluación *100 / Nº de niños y niñas con rezago, riesgo y retraso (DSM) que asisten a escuela de lenguaje	RL	APS	Se-mes-tral	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Desarrollo Psicomotor	8 a 48 meses	Porcentaje de niños y niñas bajo control con rezago (DSM) que asisten a sala de estimulación y se recuperan en la reevaluación	Nº de niños y niñas bajo control con rezago (DSM) que asisten a sala de estimulación y se recuperan en la reevaluación *100/ Nº de niños y niñas bajo control con rezago (DSM) que asisten a sala de estimulación	RL	APS	Se-mes-tral	Nivel Central, Regional, Servicio de Salud, CES
Estado nutricional	1 mes a 9 años	Porcentaje de niños y niñas menores de 10 años bajo control con mal nutrición por déficit	Nº niños y niñas menores de 10 años bajo control con mal nutrición por déficit * 100/ Nº de niños y niñas menores de 10 años bajo control	DEIS	APS	Se-mes-tral	Nivel Central y Regional
Estado nutricional	1 mes a 9 años	Porcentaje de niños y niñas menores de 10 años bajo control con mal nutrición por exceso	Nº niños y niñas menores de 10 años bajo control con mal nutrición por exceso * 100/ Nº de niños y niñas menores de 10 años bajo control	DEIS	APS	Se-mes-tral	Nivel Central y Regional
Estado Nutricional	1 mes a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control con estado nutricional "riesgo"	Nº de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control con estado nutricional "riesgo" *100 / Total de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control	DEIS	APS	Se-mes-tral	Nivel Central y Regional

Estado Nutricional	1 mes a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control con estado nutricional "desnutridos"	Nº de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control con estado nutricional "desnutridos" * 100/ Total de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central y Regional
Estado Nutricional	1 mes a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control con estado nutricional "normal"	Nº de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control con estado nutricional "normal" *100 / Total de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central y Regional
Estado Nutricional	1 mes a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control con estado nutricional "sobrepeso"	Nº de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control con estado nutricional "sobrepeso" *100 / Total de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central y Regional
Estado Nutricional	1 mes a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control obesos(as)	Nº de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control obesos(as) *100/ Total de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central y Regional
Respiratorio	0 a 9 años	Razón entre consultas médicas a niños y niñas de IRA ALTA y población bajo control menor de 10 años	Nº de consultas de IRA ALTA entregadas a niños y niñas /Total de niños y niñas bajo control menores de 10 años	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central y Regional

Respiratorio	0 a 9 años	Razón entre consultas médicas a niños y niñas de Síndrome bronquial obstructivo y población bajo control menor de 10 años	Nº de consultas de Síndrome bronquial obstructivo entregadas a niños(as) /Total de niños y niñas bajo control menores de 10 años	DEIS	APS	Se-mes-tral	Nivel Central y Regional
Respiratorio	0 a 9 años	Razón entre consultas médicas a niños y niñas de Neumonía y población bajo control menor de 10 años	Nº de consultas de Neumonía entregadas a niños y niñas /Total de niños y niñas bajo control menores de 10 años	DEIS	APS	Se-mes-tral	Nivel Central y Regional
Respiratorio	0 a 9 años	Razón entre consultas médicas a niños y niñas de Asma y población bajo control menor de 10 años	Nº de consultas de Asma entregadas a niños y niñas /Total de niños y niñas bajo control menores de 10 años	DEIS	APS	Se-mes-tral	Nivel Central y Regional
Infección Transmisión Sexual	0 a 9 años	Razón entre consultas médicas a niños y niñas de infección transmisión sexual y población bajo control menor de 10 años	Nº de consultas de infección transmisión sexual entregadas a niños y niñas /Total de niños y niñas bajo control menores de 10 años	DEIS	APS	Se-mes-tral	Nivel Central y Regional
Infección Transmisión Sexual	0 a 9 años	Razón entre consultas médicas a niños y niñas de VIH-SIDA y población bajo control menor de 10 años	Nº de consultas de VIH-SIDA entregadas a niños y niñas /Total de niños y niñas bajo control menores de 10 años	DEIS	APS	Se-mes-tral	Nivel Central y Regional

Infección Transmisión Sexual	0 a 9 años	Porcentaje de consulta de morbilidad por ITS de niños y niñas de 0 a 9 años y población bajo control menor de 10 años	Nº de consulta de morbilidad por ITS de niños y niñas de 0 a 9 años /Total de niños y niñas bajo control menores de 10 años	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central y Regional
Salud Mental	0 a 9 años	Razón entre consultas de salud mental entregadas a niños y niñas y población bajo control menor de 10 años	Nº de consultas de salud mental entregadas a niños y niñas /Total de niños y niñas bajo control menores de 10 años	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central y Regional
Estado nutricional	0 a 9 años	Razón entre consultas realizadas por nutricionistas entregadas a niños y niñas y población bajo control menor de 10 años	Nº de consultas de nutricionista entregadas a niños y niñas /Total de niños y niñas bajo control menores de 10 años	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central y Regional
Infección Transmisión Sexual	0 a 9 años	Porcentaje de consulta de morbilidad por ITS de niños y niñas de 0 a 9 años	Nº de consulta de morbilidad por ITS de niños y niñas de 0 a 9 años *100/ Nº total de consultas de morbilidad en población de 0 a 9 años.	DEIS	APS	Semestral	Nivel Central y Regional
vulnerabilidad psicosocial	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas menores de 10 años con vulnerabilidad psicosocial	Nº niños y niñas menores de 10 años con vulnerabilidad psicosocial *100/ Niños y niñas menores de 10 años bajo control	RL	APS	Semestral	Servicio de Salud, CES
Integración cultural	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas menores de 10 años perteneciente a pueblos originarios bajo control	Nº de niños y niñas menores de 10 años bajo control y pertenecientes a pueblos originarios *100 /Nº de niños y niñas menores de 10 años bajo control	RL	APS	Semestral	Servicio de Salud, CES

estadías prolongadas	Niños y niñas hospitalizados	Porcentaje de estadías prolongadas en servicios pediátricos pediátricos	Nº de estadías prolongadas en unidades pediátricas * 100/ Número de camas	RL	HOS	Se-mes-tral	Servicio de Salud, Hospitales
Servicio pediatría y neonatología	Niños y niñas hospitalizados	Porcentaje de pacientes hospitalizados en servicio pediatría y neonatología categorizados en el grupo D2 y D3 de riesgo dependencia	Nº de de pacientes hospitalizados en servicio pediatría y neonatología categorizados en el grupo D2 y D3 de riesgo dependencia * 100/ Nº total de pacientes hospitalizados en servicio pediatría y neonatología	RL	HOS	Se-mes-tral	Servicio de Salud, Hospitales
Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas con evaluación nutricional alterada detectados en control de salud escolar	Nº de niños y niñas con evaluación nutricional alterada detectados en control de salud escolar *100/ Nº de niños y niñas controlados	RL	Equipo escolar	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, Equipo salud escolar
Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas con evaluación auditiva y/o visual alterada detectados en control de salud escolar	Nº de niños y niñas con evaluación auditiva y/o visual alterada *100/ Nº de niños y niñas controlados	RL	Equipo escolar	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, Equipo salud escolar
Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas con sospecha de problemas de salud mental detectados en control de salud escolar	Nº de niños y niñas con sospecha de problemas de salud mental, atendido por especialista de establecimiento de salud *100/ Nº de niños y niñas con sospecha de problemas de salud mental	RL	Equipo escolar	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, Equipo salud escolar

Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años con presión arterial alterada (hipo o hipertensión), pesquisados en control de salud escolar	Nº de niños y niñas de 5 a 9 años con presión arterial alterada (hiper o hiper), pesquisados en control de salud escolar *100/Nº de niños y niñas de 5 a 9 años con toma de presión	RL	Equipo escolar	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, Equipo salud escolar
Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de 5 a 9 años con hipertensión, pesquisados en control de salud escolar	Nº de niños y niñas de 5 a 9 años con hipertensión, pesquisados en control de salud escolar *100/Nº de niños y niñas de 5 a 9 años con toma de presión	RL	Equipo escolar	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, Equipo salud escolar
Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas con sospecha de problemas de salud bucal detectados en control de salud escolar	Nº de niños y niñas con sospecha de problemas de salud bucal *100/ Nº de niños y niñas controlados	RL	Equipo escolar	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, Equipo salud escolar
Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas con sospecha de problemas ortopédicos detectados en control de salud escolar	Nº de niños y niñas con sospecha de problemas ortopédicos detectados en control de salud escolar *100/ Nº de niños y niñas controlados	RL	Equipo escolar	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, Equipo salud escolar
Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de entre 5 a 10 años con signos de asma bronquial	Nº de niños y niñas de entre 5 a 10 años con signos de asma bronquial *100/Nº niños y niñas de entre 5 a 10 años evaluados	RL	Equipo escolar	Se-mes-tral	Nivel Central, Servicio de Salud, Equipo salud escolar

RL Registro Local

BIBLIOGRAFÍA

1. P. Frenz, «Ministerio de Salud , Determinantes Sociales en Salud,» 2007. [En línea]. Available: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>.
2. V. G. Bastidas G, « Reforma de Salud en Chile; el plan Auge o régimen de garantías expicitas en salud,» 2007. [En línea]. Available: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf> .
3. C. S. d. Chile, «Constitución Política de la República de Chile,» de Constitución Política de la República de Chile, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 1980, p. 55.
4. MINSAL, Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, Santiago: MINSAL, 2011.
5. MINSAL, «Funciones Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile,» 2011. [En línea]. Available: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_salud_publica/seremi_funciones.html.
6. Ministerio de Salud, Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, Santiago: MINSAL, 2011.
7. Ministerio de Salud, «Reglamento de los Servicios de Salud, Decreto N°140 Artículo 7,8 y 26.,» MINSAL, Santiago, 2004.
8. Ministerio de Salud, «Biblioteca del Congreso de Nacional, ley establece el estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal,» 2008. [En línea]. Available: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>. [Último acceso: 28 Julio 2012].
9. Subsecretaría de redes asistenciales, Manual de APoyo a la Implementación de Centros Comunitarios de Salud Familiar, Santiago, 2008.
10. MINSAL, Orientaciones Técnicas para Seguimiento de Prematuros, Santiago: MINSAL, 2002.
11. Ministerio de Salud, Ordinario C21/N°1014: Orientaciones sobre estándares para camas hospitalarias Nivel de Complejidad en Atención Cerrada, Santiago: MINSAL, 2012.
12. F. Casas, «Infancia: Perspectiva psicosociales,» de Las situaciones sociales de riesgo: la prevención de los problemas sociales en la infancia, Barcelona, Paidós, 1998, pp. 159-186.
13. J. Brooks-Gunn, G. Duncan y N. Maritato, «Consequences of Growing Up Poor,» de Chapter 1: Poor Families, Poor Outcomes: The Well-Being of Children and Youth, New York, The Russell Sage Foundation, 1997, pp. 1-17.
14. M. d. Salud, Norma para la pesquisa masiva de Fenilquetounia y PKU, Santiago , 2000.
15. MINSAL, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Capítulo IX Normas de Tuberculosis Infantil, 2005.
16. Organización Panamericana de la Salud, Maltrato Infantil y abuso sexual en la niñez, oms, 2009.
17. N. Cunill, «La Intersectorialidad en el Gobierno y Gestión de la Política Social,» de X Congreso Internacional de CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, 2005.
18. SENAME, «Servicio Nacional de Menores,» 2012. [En línea]. Available: <http://www.sename.cl>.

19. SENAME, Bases Técnicas Línea de Acción Centros Residenciales para Mayores con Programa Especializado, Santiago: Ministerio de Justicia, 2011.
20. V. Martínez, «Caracterización del perfil de niños, niñas y adolescentes, atendidos por los centros residenciales de SENAME,» SENAME, Santiago, 2010.
21. O. Gonzalo, «Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado,» Revista Anales de Pediatría, vol. 58, nº 2, pp. 128-135, 2003.
22. OMS, Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias, Ginebra: OMS, 2009.
23. P. R. M. <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/194.html>.
24. Ministerio de Salud de Chile, «Establece Estatuto de Atención Primaria,» 13 Abril 1995.. <http://bcn.cl/4uaa>. [Último acceso: 12 Febrero 2012].
25. Ministerio de Desarrollo Social, «Sistema Integrado de Información Social,» 2012. [En línea]. Available: <http://siis.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>. [Último acceso: 17 Octubre 2012].
26. G. Le Boterf, Ingeniería de las competencias, París: D'Organization, 2001.
27. B. Rey, De las competencias transversales a una pedagogía de la intención, Santiago: Dolmen, 1999.

ANEXOS

ANEXO N°1: PERFIL DE COMPETENCIAS DE LOS REFERENTES DE INFANCIA

Desde la instalación del Programa, siempre han existido profesionales que velen por el cumplimiento de los estándares del programa en la gestión de la red.

Los/las profesionales que desarrollen actividades en torno a la infancia en los diferentes ejes de atención debe ser portadores de competencias cognitivas, técnicas y relacionales garantes de la calidad de la atención que otorguen por sí mismos y en equipo, con el fin de favorecer la eficiencia y rápida resolución de problemas de salud de niños(as).

Se entiende por competencia la *“capacidad de movilizar y aplicar correctamente en un entorno laboral determinado, recursos propios (habilidades, conocimientos y actitudes) y recursos del entorno para producir un resultado definido [26] o la “capacidad de generar aplicaciones o soluciones adaptadas a cada situación, movilizando los propios recursos y regulando el proceso hasta lograr la meta pretendida” [27].*

El encargado de infancia, debe poseer conocimientos teóricos y técnicos sobre los aspectos de salud infantil y de aquellas áreas que determinan o condicionan la salud infantil (Crianza, determinantes sociales, redes de educación inicial entre otros), y conocer las áreas de salud y/o programas asociados a infancia (Ej.: Programa IRA y subprogramas (Programa de Screening neonatal, Programa de Seguimiento del Prematuro Extremo, Programa Seguimiento fenilquetonuria, Hemofilia, Atención de Niños Hospitalizados, PADBP, Niños(as) con problemas de malnutrición, Salud Bucal, Epilepsia, Diabetes, Inmunizaciones, Salud Mental y problemas de salud transmisibles y no transmisibles en la infancia, desarrollo infantil). Además debe poseer la capacidad de investigar y levantar evidencia local para fortalecer su atención y la capacidad de mantener una visión sistémica y perspectiva estratégica que permite su gestión.

La continuidad de un Encargado de infancia, desde los inicios del Programa, ha contribuido positivamente a los logros sanitarios en niñez, la gestión del programa y la disminución de la morbimortalidad infantil.

Competencias transversales

El encargado de infancia, debe poseer competencias específicas para el cargo y función a desempeñar, las cuales deben ser corroboradas al momento de ingresar al cargo.

Los profesionales que desempeñen funciones en infancia deben poseer a lo menos las siguientes competencias transversales:

- Integridad

- Responsabilidad
- Orientación a la calidad con alto sentido a la ética profesional y de los derechos de la infancia
- Madurez emocional y equilibrio.

Competencias Genéricas

- Trabajar en equipo y en redes: El profesional debe poseer la capacidad demostrable de comunicarse activamente con otros, y desarrollar liderazgo positivo en su interacción con los demás miembros del equipo gestor. Los elementos claves de competencias son, identificar objetivos y coordinarse con otros, resolver problemas en equipo y del equipo.
- Enfrenta y resuelve colectivamente situaciones derivadas de la atención de niños y niñas y sus familias, asumiendo posiciones de influencia o escucha en la búsqueda proactiva de posibles soluciones o salidas.
- Se expresa con claridad oral o por escrito, describiendo hechos o fundando juicios y utilizando un lenguaje corporal acorde.
- Tener efectividad personal y orientarse al logro de resultados: El profesional debe autoconoscerse y tener la capacidad de gestionarse a sí mismo. Gestionar el desarrollo de su propia carrera y trabajar con confianza y seguridad.
- Cumple con los compromisos adquiridos ya sean verbales o escritos y con las tareas encomendadas por terceros, en los tiempos y condiciones pactadas, entregando explicaciones plausibles en el caso que se encontrara diferencia entre el compromiso y el resultado.
- Utiliza sinérgicamente sus redes sociales, estableciendo coordinación instrumental y heterárquica en apoyo a los resultados deseados.
- Disposición al cambio.
- Propone acciones de mejora de los procesos y tareas bajo su responsabilidad o de otro, investigando o capturando las mejores prácticas locales o experiencias externas,
- *Disponer de capacidad de adaptación y creatividad:* Traducir ideas y llevarlas a la acción, describir el rol personal frente al escenario futuro, reconocer la misión de la organización y los desafíos que ello significa en el plano personal y profesional. Además el profesional debe tener la capacidad de actuar creativamente y facilitar la innovación.
- Mantiene relaciones interpersonales armónicas con los compañeros de trabajo, pacientes y su familia. Presenta respetuosamente sus puntos de vista, entregando argumentación coherente y sistémica en apoyo de ellos.

Competencias de conocimiento y técnicas

- Integrar los modelos de gestión de la red asistencial, Modelo de Salud Familiar y Modelo de Gestión Hospitalaria.
- Experiencia profesional en la atención integral de niños(as) de manera asistencial en los diferentes niveles de atención de 0 a 9 años y a lo largo del curso de vida.
- Poseer formación de post grado en gestión y/o postgrado en salud pública, o especialidad

- que dentro de su currículum integre gestión.
- Conocer la red asistencial, los niveles de atención, fortalezas y debilidades de la red con el fin de potenciar la mejor atención de calidad para niños(as).
 - Basar su quehacer en sólidos conocimientos teóricos y técnicos sobre factores de riesgo más prevalentes de niños(as) que afectan la salud.
 - Reconocer las patologías de mayor prevalencia en el curso de vida infantil, su génesis, evolución y tratamientos disponibles en la red asistencial.
 - Trabajar intersectorialmente.

www.serviciodesaludaconcagua.cl

ANEXO N°2: CARTERA DE SERVICIOS DE PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

A continuación se presenta la cartera de prestaciones a los beneficiarios del rango etario del Piloto, en las Áreas de Servicios Médicos, Habilidades para la Vida y Salud Bucal del Programa de Salud del Estudiante, con el fin de dar a conocer los filtros de derivación según grupo etario.

SERVICIOS MÉDICOS

Prestación	Grupo Objetivo (o curso)	Conductas a seguir
Pesquisa oftalmología	Kínder y 1° Básico (5 y 6 años)	Profesional que efectúa la atención de salud, previa coordinación con encargado de salud del establecimiento, deriva según disponibilidad al centro de salud y/o a screening oftalmológico y/o auditivo.
Pesquisa hipoacusia	Kínder y 1° Básico (5 y 6 años)	
Pesquisa hipoacusia	2°, 3° y 4° Básico (7, 8 y 9 años con sospecha de pérdida auditiva)	
Screening oftalmología	Kínder y 1° Básico (5 y 6 años)	Desde este nivel el Programa de salud del estudiante sigue su flujo habitual. En el caso de pesquisar patologías no cubiertas por el Programa de Salud del Estudiante, derivar a la red asistencial o sistema previsional según corresponda.
Screening hipoacusia (EOA o audiométrico)	Kínder (5 años)	
Atención médica oftalmología (Ingresos)	Kínder y 1° Básico (5 y 6 años)	
Atención médica oftalmología (Controles)	2°, 3° y 4° Básico (7, 8 y 9 años)	
Atención médica ORL (Ingresos)	Kínder y 1° Básico (5 y 6 años)	
Atención médica ORL (Controles)	2°, 3° y 4° Básico (7, 8 y 9 años)	

HABILIDADES PARA LA VIDA

Prestación	Grupo Objetivo(o curso)	Conductas a seguir
Promoción bienestar psicosocial comunidad educativa	Kínder a 4° Básico (5 a 9 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo pilotaje Control de Salud del Niño/a se coordina con Equipo Programa Habilidades para la Vida a nivel comunal para apoyar flujo de derivación al sector salud. • Equipo del Programa Habilidades para la Vida aplica cuestionarios TOCA-RR y PSC en 1° y 3° básico. • Derivación escolar Programa Habilidades para la Vida (con Cuestionario TOCA-RR y PSC) con Equipo pilotaje Control de Salud del Niño/a
Detección de factores de riesgo y conductas desadaptativas	1° y 3° Básico (6 y 8 años) disponible para el 2° y 4° Básico, por detección año anterior	
Talleres preventivos	2° Básico (7 años)	
Derivación de niños a atención de salud mental	1°/2° Básico (6-7 años)	

Acceso a información de detección de 4 cohortes de niños participantes del Programa: 1° a 4° básico con detección 2011 y 2012.
Flujo al final del Protocolo

SALUD BUCAL

Prestación	Grupo Objetivo(o curso)	Conductas a seguir
Atención odontológica integral (Ingresos)	Kínder y 1° Básico (5 años y no GES de Salud Oral)	Flujo al final del Protocolo.
Atención odontológica integral (Controles)	Kínder, 1°, 2° y 3° Básico (5, 7 y 8 años)	
Urgencias dentales ambulatorias	Kínder a 4° Básico (5 a 9 años)	

Nota: La derivación, coordinación en interacción con JUNAEB, está limitada a escuelas adscritas al (los) convenio (s) de atención (Municipalidad o Corporación Municipal o Servicio de Salud) existente en la comuna.

Los flujos pueden ser modificados en función de las características específicas de cada Región participante en este Piloto.

www.serviciodesaludaconcagua.cl

ANEXO N°3: CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR CONTROL DE SALUD ESCOLAR**Estimada(o) Apoderada(o):**

El Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación está realizando controles de salud a niños y niñas desde kínder hasta 4to básico. Los controles tienen como objetivo detectar enfermedades y problemas frecuentes en la edad escolar con el fin de derivar oportunamente para su tratamiento.

El control de salud consta de una entrevista y de un examen físico completo (salvo evaluación genital, que sólo se realizará en presencia de los padres). Luego de esto se enviarán los diagnósticos e indicaciones a cada familia por escrito y se realizarán actividades de fomento de la salud en la escuela.

Identificación del estudiante y apoderado

Nombre Estudiante			
Colegio		Curso	
Nombre apoderado(a)			
¿Cuál es su relación con el niño o la niña? marque con una X la opción			
Mamá			
Dirección			
Comuna		Región	
Fono de contacto		e-Mail	
Previsión			
¿El niño o niña está inscrito en algún Centro de Salud (consultorio)?			
Sí	No	Nombre de Consultorio:	
Si no está inscrito en un consultorio ¿Dónde recibe atenciones de salud cuando lo necesita?			

¿Autoriza a que profesionales de la salud realicen el control de salud al niño o niña en el establecimiento de salud al que asiste?

SÍ autorizo que el niño/niña reciba el control de salud en la escuela	
NO autorizo que el niño/niña reciba el control de salud en la escuela	

Firma del/la responsable

Fecha: / /

ANEXO N°4: MATRIZ DE EJEMPLO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD INFANTIL

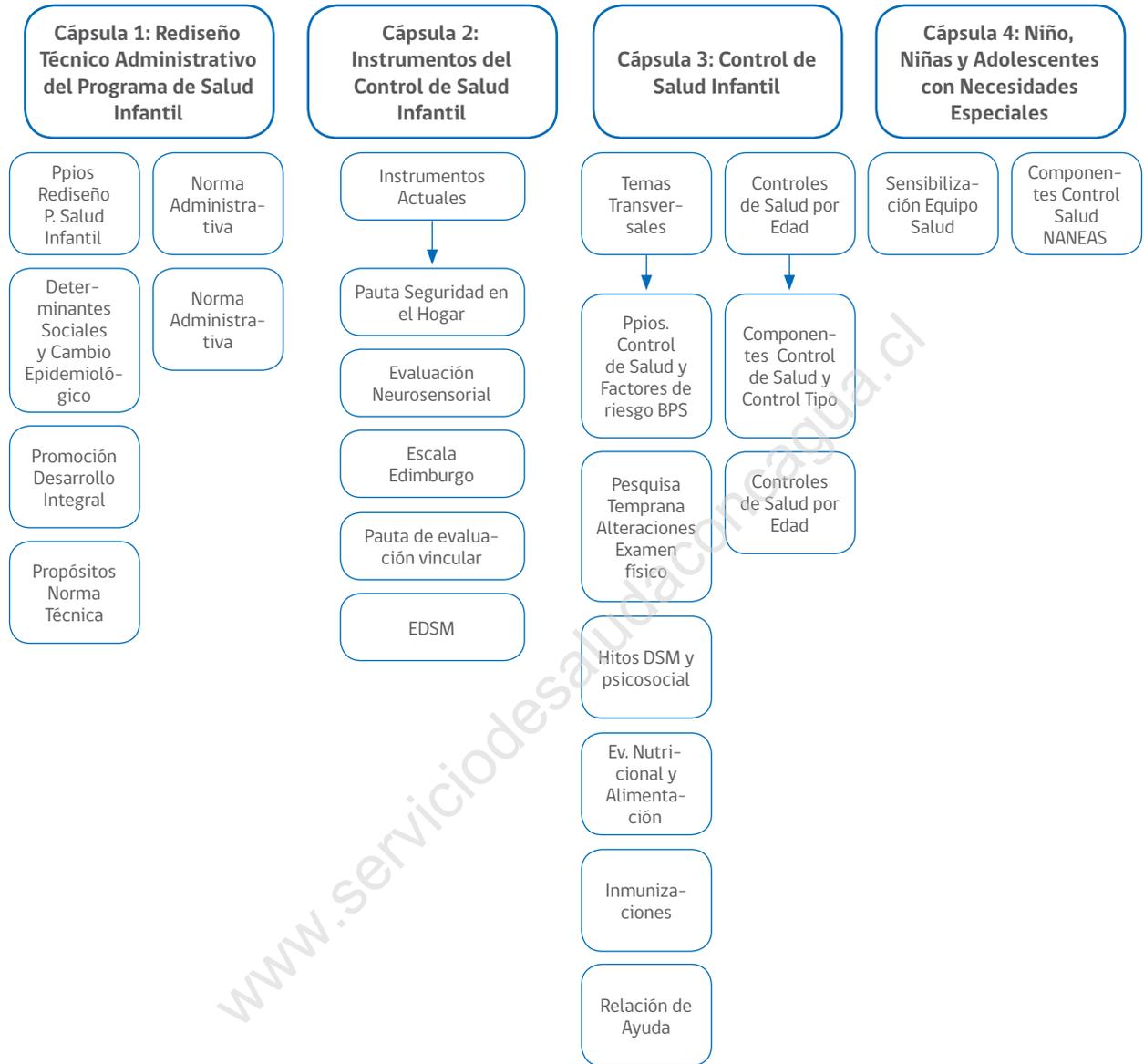
Componente 1. Descripción de la situación sociohistórica y cultural del territorio	
Aspectos	Descripción
1.1. Caracterización geográfica	Comprende la delimitación territorial y extensión por km ² , accidentes geográficos y características climáticas.
1.2. Recursos naturales	Descripción de los recursos naturales existentes en la comunidad, y si esta se beneficia de ellos, si les da empleo a sus moradores o si incide en la salud.
1.3. Aspectos históricos	Se describirán aquellos hechos históricos relacionados con el origen y desarrollo de la comunidad.
1.4. Organización política administrativa	Descripción de cómo está organizada la comunidad, el número de circunscripciones que tiene entre otros.
1.5. Recursos y servicios de la comunidad infantil	Centros de producción y servicios, instituciones educacionales, culturales, religiosas, centros de recreación, organizaciones no gubernamentales, centros de expendio de alimentos, medios de transporte, vías de comunicación, existencia de parques y áreas verdes y otras instancias que regionalmente pudieran apoyar el diagnóstico de salud infantil
Componente 2. Caracterización sociodemográfica de la población	
2.1. Estructura por edad y sexo de la población	Caracterización sociodemográfica de la población (principales grupos de edad según sexo y población económicamente activa (para evaluar el perfil de los padres, madres y/o cuidadores). confección de la pirámide poblacional.
2.2. Nivel de escolaridad de la población	Nivel de escolaridad de la población adulta (padres, madres y/o cuidadores)
2.3. Dedicación ocupacional	Ocupación de la población, trabajos más frecuentes y per cápita familiar.
2.4. Razón de dependencia	Personas menores de 18 y mayores de 60 años dependientes de la población económicamente activa.
2.5. Número de núcleos familiares	Cantidad de núcleos familiares sujetos de atención de salud.
2.6. Tamaño promedio de la familia	Número de miembros de las familias.
2.7. Fecundidad	Mujeres en edad fértil e hijos por mujer en edad fértil.
2.8. Migraciones	Características migratorias en la comunidad. Población infantil en condiciones migratorias
Componente 3. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual	
3.1. Riesgos ambientales (riesgos que pudieran afectar la salud de niños y niñas)	Calidad y cobertura del agua. Disposición de los residuales líquidos (fosas, alcantarillas, desbordamientos de albañales). Residuales sólidos (tipo de recogida y frecuencia). Micro vertederos, contaminación del aire, ruido, presencia de animales afectivos, presencia de animales de corral y cría, tipo de combustible con el que se cocina en los hogares, viviendas inseguras y viviendas insalubres.

3.2. Riesgos sociales	Desocupación, deserción escolar, barrios marginales, conductas antisociales, trabajo infantil, explotación sexual comercial infantil, maltrato y/o abuso sexual (riñas, alteración del orden y potencial delictivo).
3.3. Riesgos laborales	Exposición a sustancias nocivas, radiaciones, ruidos y alturas. Presencia y/o ausencia de jardines, salas cunas, y clínicas de lactancia materna para madres que laboran.
3.4. Riesgos genéticos	Principales problemas genéticos (sicklemia, enfermedad de Wilson, síndrome de Down). Enfermedades congénitas e inmunológicas. Exámenes de prevención de malformaciones congénitas a embarazadas (alfafetoproteína, ultrasonidos, electroforesis de hemoglobina).
3.5. Comportamientos de riesgos a la salud	Conductas adictivas, tabaquismo sedentarismo, hábitos dietéticos inadecuados, higiene bucal deficitaria, desorganización y disfuncionalidad familiar, violencia. Que indirectamente pudiera afectar la salud de niños(as).
Componente 4. Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas	
4.1. Recursos de salud disponibles para la población	Policlínico y tipos de servicios disponibles en la red asistencial
4.2. Recursos humanos	Existencia de equipo básico de salud y especialistas en el grupo básico y en el policlínico.
4.3. Nivel inmunitario de la población	Indicadores Vacunación analizada, tipo de vacuna y grupos específicos.
4.5. Acciones de vigilancia y control	Sobre enfermedades con vías de transmisión respiratoria, digestiva vectorial y sexual, analizados según tipo de transmisión.
4.6. Mortalidad Infantil	Precoz o tardía.
4.7. Lactancia materna	Exclusiva, mixta o artificial.
4.8. Identificación de lactantes de riesgo	Según tipo de riesgo.(riesgo BPS, crónicos , riesgo de morir por neumonía entre otros)
4.9. Identificación del riesgo preconcepcional	Analizadas según tipo de riesgo.
4.10. Identificación de embarazadas de riesgo	Analizadas según EPSA.
4.11. Ingresos en el hogar	Según causa y edad.
4.13. Atención odontológica	Acciones de prevención: aplicación de flúor a niños, higiene bucal adecuada, identificación de problemas de salud bucal, malformaciones congénitas, mal oclusiones, hipercariogénicos.
4.14. Saneamiento ambiental	Ej: Presencia de Plomo
4.15. Grupos de trabajo comunitario	Existencia de grupos de apoyo a estimulación , monitores de salud infantil etc.
4.16. Intervenciones familiares	Dinámicas familiares.

Componente 5. Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población	
5.1. Morbilidad	Morbilidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles, malnutrición, accidentes, y otras causas. Identificar la incidencia y prevalencia, los casos controlados y realizar el análisis según sexo y edad.
5.2. Discapacidad infantil	Identificar la incidencia y prevalencia según tipo, etiología y pronóstico. Realizar el análisis según sexo y edad.
5.3. Mortalidad	Cualquier defunción ocurrida debe ser analizada según sexo, edad y criterio de evitabilidad, considerando si la causa es evitable y si la muerte es prematura. Especificar si en el período no se produjo ninguna defunción.
Componente 6. Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de problemas de salud	
6.1. Necesidades sentidas	Si existen evidencias de las necesidades sentidas de la población en cuanto a servicios y recursos de salud.
6.2. Problemas percibidos por la población	Indagación de los problemas de salud prioritarios desde la perspectiva de la población.
6.3 Criterios sobre los servicios de salud	Estudio de satisfacción de la población con los servicios de salud.
Componente 7. Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad	
7.1. Acciones conjuntas con organizaciones de barrio	Analizar si hubo colaboración de las organizaciones del barrio en la promoción de salud, prevención de riesgos y en la solución de los problemas de salud de la comunidad.
7.2. Acciones conjuntas con sectores locales	Si hubo colaboración intersectorial en la identificación o solución de los problemas de salud de la población infantil. Existencia de redes comunales para protección de la primera infancia
7.3. Acciones de redes de apoyo social	Si hay evidencia de la existencia de la influencia de las redes de apoyo en la comunidad.
Componente 8. Tratamiento metodológico de la información	
8.1. Utilizar el enfoque familiar	La información analizada no solo debe caracterizar los individuos sino a las familias de la comunidad.
8.2. Utilizar indicadores adecuados al tamaño pequeño de la población de los consultorios. En muchos casos debe realizarse un análisis casuístico	Uso de los indicadores demográficos y sanitarios para el análisis cuando sea pertinente, utilizar números absolutos haciendo referencia a los totales.
8.3. Calcular e interpretar correctamente los indicadores	Cálculo adecuado, multiplicación por constantes lógicas y su interpretación adecuada.
8.4. Establecer comparaciones con indicadores de períodos anteriores	El análisis debe establecer una comparación con el período anterior.
8.5. Explicitar la utilización de técnicas y procedimientos empleados en el ASIS	Un conjunto de técnicas contribuyen a la generación de información: entrevistas, grupos focales y aplicación de cuestionarios.

Componente 9. Situación de salud de la comunidad	
9.1. Análisis de la situación socio histórica y cultural del territorio	<p>Describir cada uno de los aspectos tratados, para posteriormente realizar un análisis crítico de cada uno de ellos, identificando las interrelaciones que expliquen los daños a la salud como resultado de este proceso mediante la utilización del método clínico, epidemiológico y social. Identificar la participación de la población y la intersectorialidad como actores de este proceso.</p>
9.2. Análisis de la composición sociodemográfica de la población	
9.3. Análisis de los riesgos personales, familiares y comunitarios	
9.4. Análisis de los servicios y la atención a la población	
9.5. Análisis de los daños a la salud de la población	
9.6. Análisis de la participación de la población	
9.7. Análisis de la intersectorialidad	
9.8. Diagnóstico de la situación de salud	<p>Deben sintetizarse los resultados obtenidos del análisis e interrelación de los componentes 9.1 al 9.4, en función de los resultados obtenidos en 9.5, sobre la base de 9.6 y 9.7, de forma que se identifiquen los principales problemas de salud.</p>
Componente 10. Elaboración del plan de acción	
10.1. Dar prioridad a los problemas identificados	<p>Los problemas identificados deben ser priorizados con la participación de los diferentes actores sociales.</p>
10.2. Planteamiento de los propósitos de cambio sobre los problemas prioritarios	<p>Los problemas prioritarios producen motivación para el esbozo del cambio.</p>
10.3. Planteamiento de tareas o actividades concretas con participación intersectorial y de la población	<p>Las actividades y tareas se diseñan de forma tal que contribuyan al cambio, con la participación activa de la población y de otros sectores en la comunidad.</p>
10.4. Establecimiento de los indicadores de evaluación del plan	<p>Tanto las actividades y tareas como el propio cambio deben ser medibles.</p>
10.5. Diseño del plan de acción con fechas de cumplimiento y determinación de personas participantes y de los responsables de la ejecución de las tareas	<p>El plan tiene un cronograma y unos límites temporales. Deben determinarse los participantes y responsables de la ejecución de cada tareas</p>

ANEXO Nº5: PROGRAMA DE CAPACITACIÓN “CAPSULAS EDUCATIVAS REDISEÑO PROGRAMA NACIONAL DE SALUD EN LA INFANCIA



www.serviciodesalud.com.agua.ci

ANEXO N°6: PAUTA DE APOYO A LA SUPERVISIÓN DEL CONTROL DE SALUD DEL NIÑO(A)

Objetivo: Evaluar el registro de acciones efectuadas en el Control de Salud infantil, con el propósito de identificar aspectos positivos en la atención, o bien aquellos que requieran mejoras y que permitan planificar en el nivel local intervenciones que contribuyan a mejorar la calidad de la atención.

Fecha: _____ Comuna: _____
 Establecimiento: _____

1. Aspectos Generales

Antecedentes	Comentarios
1. Edad del niño (a) al momento del control de salud	
2. Sexo	
3. Fecha último Control	
4. Presencia de riesgo establecido no modificable	
5. Presencia de riesgo Psicosocial	
6. Presencia de morbilidad en tratamiento (Salud Mental, nutrición, Salud Bucal, Iras, otros)	
7. Presencia del Padre en Control de Salud	

2. Evaluación equipamiento físico y ambiente destinado a Control de Niño Sano(a)

Método: Observación directa en el lugar

- Sala Espera

Criterio	SI	NO	No Aplica
1. Asientos suficientes			
2. Presencia de Hacinamiento en sala de espera			
3. Temperatura adecuada para la sala de espera			
4. Murales con material educativo actualizado			
5. Posee apoyo de televisión con presencia de material educativo actualizado			
6. Baño con mudadores en buen estado			
7. Basureros en buen estado			
8. Ventilación adecuada			
9. Suelo de la sala de espera en buen estado			

criterio	SI	NO	No Aplica
1. Box de atención de control de salud de la población diferenciado de consulta de morbilidad médica (en caso de ser box compartido, cuenta con horarios diferenciados de la atención de morbilidad)			
2. Cuenta con mobiliario de oficina básico			
3. Cuenta con silla para recepción de los padres			
4. Dispensador jabón funciona correctamente (con jabón).			
5. Dispensador de toalla desechable funcionando correctamente (con toalla).			
6. Lavamanos según normas universales.			
7. Basurero según normas universales			
8. Camilla o mudador en buenas condiciones.			
9. Papel desechable para camilla.			
10. Escabel en buenas condiciones			
11. Estadiómetro con tope móvil en buenas condiciones			
12. Balanza pediátrica (de mesa) calibrada			
13. Balanza de pie calibrada			
14. Cinta métrica flexible (para medición perímetro craneano)			
15. Termómetro digital funcionando correctamente			
16. Batería de EDSM completa y en buenas condiciones			
17. Material antisepsia: Alcohol 70º, algodón y/o gasa, otros.			
18. Material educativo de apoyo para la familia			
19. Presencia de material de apoyo al diagnóstico : Presión arterial , Tablas de Sneller, protocolo neurosensorial, score de IRA, Curvas de Crecimiento y percentiles (Peso, Talla, Perímetro Craneano) , DSM			
20. Presencia de material de apoyo para la derivación (interconsulta a intersector, intrasector)			
21. Temperatura adecuada para la atención al usuario			
22. Iluminación adecuada para la atención			
23. Ventilación adecuada según centro de salud			
24. Cuenta con medio de comunicación interna (citófono, teléfono)			
25. Cuenta con apoyo de secretariado (administrativo para la atención)			

26. Cuenta con apoyo para la preparación del paciente.			
27. Posee y conoce normas de atención a la infancia			
28. Box ordenado , limpio			

Comentarios del ítem:

3. Evaluación atención de enfermería en Control de niño (a)

Método: Observación de la atención

Criterio	SI	NO	No Aplica
1. Control es realizado por profesional que corresponde a la edad del niño (a) acorde a normativas vigentes.			
2. Llama al menor en sala de espera			
3. Saluda amablemente a mamá, papá o cuidadores del menor			
4. Se integra al padre en la atención de manera interactiva			
5. Realiza lavado de manos antes de realizar la atención			
6. Reúne o completa antecedentes prenatales y perinatales (en el primer control)			
7. Reúne o completa antecedentes familiares (antec. Mórbidos, nivel educacional de los padres, edad, etc.) en el primer control.			
8. Reúne antecedentes mórbidos relevantes del menor (ocurridos desde último control) ej: hospitalización			
9. Aplica Score de IRA			
10. Realiza medidas antropométricas con niño(a) según norma			
11. Realiza examen físico segmentario (orientado)			
12. Realiza medición de circunferencia craneana			
13. Realiza diagnóstico nutricional			
14. Evalúa estado de la salud bucal			
15. Evalúa tipo de alimentación recibida por menor			

16. Fomenta y refuerza continuidad e importancia lactancia materna exclusiva			
17. Refuerza importancia de higiene dental			
18. Realiza y/o refuerza indicaciones de alimentación Complementaria según normas.			
19. Entrega indicación de suplementos (Vitamina, Hierro)			
20. Entrega indicación de Radiografía de caderas			
21. Evalúa DSM utilizando pauta correspondiente a la edad			
22. Evalúa estilo de apego con pauta correspondiente			
23. Evalúa Depresión Post Parto con pauta correspondiente			
24. Entrega material de estimulación o Chile Crece Contigo con consejería breve de desarrollo integral según edad (gateo, prono, fomento juego, entre otros)			
25. Revisa calendario de vacunación y deriva si corresponde a vacunatorio.			
26. Se realizan derivaciones a consulta de morbilidad o profesional ante problemas pesquisados.			
27. Se deriva a Sala de estimulación (Promoción, prevención y/o tratamiento)			
28. Se entregan orientaciones generales			
29. Se informa y registra mes del próximo control			
30. Se invita a talleres de refuerzo de habilidades parentales (Nadie es perfecto o talleres promocionales y/o preventivos del centro)			
31. Se da espacio a la madre o cuidador para que exprese dudas, consultas u opiniones.			

4. Evaluación de Ficha Clínica o Ficha Clínica

Método: Al finalizar la actividad de C.N.S se revisará ficha clínica para verificar la aplicación y registro de las escalas en las edades correspondientes.

a. Aspectos Cuantitativos

Criterio	SI	NO	No Aplica
1. Registra o completa antecedentes familiares (antec. Mórbidos, nivel educacional de los padres, edad, etc.) en el primer control.			
2. Registra antecedentes mórbidos relevantes del menor (ocurridos desde último control) ej: hospitalización			
3. Registra resultado Score de IRA			
4. Registra medidas antropométricas con niño(a) según norma			
5. Registra examen físico segmentario (orientado)			
6. Registra medición de circunferencia craneana			
7. Registra diagnóstico nutricional			
8. Registra evaluación estado de la salud bucal			
9. Registra evaluación tipo de alimentación			
10. Registra tipo de lactancia			
11. Registra educación sobre higiene dental			
12. Registra indicaciones de alimentación Complementaria según normas.			
13. Registra indicación de suplementos (Vitamina, Fierro)			
14. Registra indicación de Radiografía de caderas			
15. Registra evaluación DSM utilizando según pauta correspondiente a la edad			
16. Registra evaluación estilo de apego con pauta correspondiente			
17. Registra evaluación escala de depresión Post parto y derivación si corresponde.			
18. Registra entrega material de estimulación o Chile Crece Contigo con consejería breve de desarrollo integral según edad (gateo, prono, fomento juego, entre otros)			
19. Registra estado de vacunación			
20. Registra derivaciones a consulta de morbilidad o profesionales ante problemas pesquisados.			
21. Registra derivación a Sala de estimulación (Promoción, prevención y/o tratamiento)			
22. Registra plazo próximo control			
23. Inscribe al niño(a) en talleres promocionales y/o preventivos o NEP			

b. Variables del Centro

Criterio	SI	NO	No Aplica
1. Los controles con el equipo de salud se ajustan a las orientaciones programáticas (rendimiento, instrumento, concentración)			
2. Se cumple la calendarización de los controles de salud según normas			
3. Existe oferta suficiente de controles para la población			
4. Existe protocolo de rescate de insistente			
5. Existe horarios protegidos para visita domiciliaria			
6. Existen horarios protegidos para control del recién nacido			

Nombre y profesión del evaluador: _____

Nombre y profesión del evaluado: _____

Firma del Evaluador

Firma del Evaluado

www.serviciodesaludaconcagua.cl