



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL



Edición y Texto

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

Fotografía

Productora Crokis

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 este programa.

Santiago de Chile

Primera Edición: Agosto 2013

Resolución Exenta N° 426

18 de Julio de 2013

N° de Registro de Propiedad Intelectual 232.144

ISBN 978-956-348-033-7

RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO**Jefaturas Ministerio de Salud**

Dra. Lorna Luco	Jefe División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública
Dra. Sylvia Santander	Jefe Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública
Dr. Carlos Becerra	Jefe Programa Nacional de Salud en la Infancia, 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

Bárbara Leyton	Enfermera, profesional del Programa Nacional de Salud en 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 en 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 en 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 en 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

Sibila Iñiguez	Médico Salud familiar, Jefe División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales
Hugo González	Intensivista, Jefe de División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales
Alfredo Pemjeam	Psiquiatra, Jefe de Departamento 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 Departamento Programa de Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida e ITS. División de Prevención y Control de Enfermedades
Carolina Cobos	Enfermera, Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción

Carolina Mendoza	Cirujano dentista, Departamento de Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades
Carolina Peredo	Matrona, Departamento 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
Cecilia Fulgeri	Ingeniero Comercial, Coordinación administrativa, División de Prevención y Control de Enfermedades
Cecilia Moraga	Psicóloga, enfermera-matrona, Unidad Chile Crece Contigo, División de Atención Primaria
Cecilia Zuleta	Psicóloga, Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades
Christian García	Médico, Jefe Departamento Enfermedades Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades
Claudia Carvajal	Cirujano dentista, Departamento de Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades.
Clodovet Millalen	Antropóloga, Unidad de Salud y Pueblos Indígenas, División de Atención Primaria
Cristian Cofré	Nutricionista, Unidad de Nutrición y Alimentos, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
Dolores Tohá	Médico Cirujano, Jefe Departamento Secretaría GES, División de Prevención y Control de Enfermedades
Felipe Arriet	Psicólogo, Unidad Chile Crece Contigo, División de Atención Primaria
Hernán Soto	Fonoaudiólogo, Jefe Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, División de Prevención y Control de Enfermedades
Hugo Pino	Ingeniero, Departamento Gestión en TIC`s
Jaime Silva	Nutricionista, Unidad de Nutrición y Alimentos, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
Javiera Corbalán	Médico, Unidad de Salud Respiratoria, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Javiera Vivanco	Fonoaudióloga, Departamento De Discapacidad y Rehabilitación División de Prevención y Control de Enfermedades.
Jorge Barna	Médico, Jefe Programa Nacional de inmunizaciones. División de Planificación Sanitaria.
José Rosales	Cirujano dentista, Jefe Departamento de Salud Bucal. División de Prevención y Control de Enfermedades
Leticia Ávila	Médico, Jefe de departamento de Modelo, División de Atención Primaria, Subsecretaría de redes asistenciales
Lorena Arellano	Nutricionista, Unidad de Nutrición y Alimentos. División de Políticas Públicas.
Lucia Vergara	Enfermera, Unidad Chile Crece Contigo. División de Atención Primaria. Subsecretaría de redes asistenciales.

María Gabriela Artigas	Enfermera, Departamento De Calidad y Seguridad del Paciente, Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
María José Letelier	Cirujano dentista, Departamento de Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades
María Paz Araya	Psicóloga, Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades
Michelle Keller	Área de Producción de Estadísticas en Salud, DEIS, División de Planificación Sanitaria.
Miriam González	Matrona, Encargada Programa Nacional de la Mujer, Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades
Natalia Dembowski	Psicóloga, Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades
Natalia Dinamarca	Nutricionista, División de Atención Primaria. Subsecretaria de redes asistenciales.
Paloma Herrera	Kinesióloga, Programa Nacional del Adulto Mayor, Departamento Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades
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
Patricia Cabezas	Enfermera, Programa Nacional de inmunizaciones, División de Planificación Sanitaria.
Paula Silva	Cirujano dentista, Departamento 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. Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Rodrigo Baeza	Profesional, Departamento Gestión en TIC`s
Sandra Navarro	Enfermera, Unidad Respiratoria, División de Atención Primaria. Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Susana Almendares	Enfermera, Jefe Departamento De Calidad y Seguridad del Paciente, Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
Xenia Benavides	Nutricionista, División de Atención Primaria. Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Ximena Carrasco	Matrona, Jefa Departamento de Estadísticas e información en Salud. División de Planificación Sanitaria.
Ximena Pérez	Coordinación Administrativa, División de Prevención y Control de Enfermedades
Yilda Herrera	Nutricionista, Unidad de Nutrición y Alimentos, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción

Instituciones Colaboradoras

Andrea Torres	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 R.	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 Pediatra, Sociedad Chilena de Pediatría-NI-NEAS
Enrica Pittaluga	Neonatóloga, Hospital Sótero 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	Consultora, Área de desarrollo infantil temprano, UNICEF-Chile
Gladys Lucero	Escuela Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales
Gloria Carvajal	Enfermera, SOCHIESE
Gloria San Miguel	Pediatra, Hospital Dr. Hernán Henríquez
Guadalupe Rojas	Enfermera Docente, Escuela de Enfermería, Universidad del Desarrollo
José Manuel Novoa	Neonatólogo, Jefe Servicio de Neonatología, Hospital Padre Hurtado
Karen Cáceres	Matrona, Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria
Karen Vergara	Escuela Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales
Macarena Lizama	Sociedad Chilena de Pediatría-NINEAS
Mara Muñoz	Escuela Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales
Marcia Erazo	Escuela de Enfermería Universidad de Chile
María de la Luz Morales	Asesora Gabinete, Ministerio de Educación
Marisol Ruíz	Antropóloga docente, Programa de posgrado Universidad Andrés Bello
Paola Pontoni	Enfermera, Presidenta 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
Alfonso Cox	Psicólogo, Servicio de pediatría, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.
Gisela Zillmann	Cirujano Dentista, Facultad de Odontología, Universidad de Chile

Colaboradores Revisores del Documento, Referentes de SEREMI y Servicio de Salud

Alejandra Cabrera	Enfermera, Encargada Infancia, Servicio de Salud Talcahuano
Alfredo Peña	Psicólogo, Gerente Chile Crece, Servicio de Salud Ñuble
Alicia Irazoqui	Enfermera, Encargada de Infancia, Servicio de Salud Araucanía Norte.
Andrés Fuchslocher	Pediatra, Jefe Programa Infancia, Servicio de Salud Osorno
Angélica Vargas	Coordinadora de programas, SEREMI de los lagos
Carol Aracena	Enfermera, Encargada infancia, SEREMI de Salud los Ríos
Carolina Veliz	Matrona, Encargada Infancia, SEREMI de Salud Atacama
Consuelo Peredo	Educadora Diferencial, Encargada Infancia ,Servicio de Salud Valdivia
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, Encargado Infancia, Servicio de Salud Magallanes
Felipe Cárdenas	Enfermero, Encargado Infancia, Servicio de Salud Chiloé
Isabel Galleguillos	Enfermera, Encargada infancia, Servicio de Salud Arica
Josefina Horta	Enfermera, Encargada Infancia, Servicio de Salud Antofagasta
Luz Durango	Encargada Infancia Servicio de Salud Sur Oriente
Margarita Quisphe	Enfermera, Unidad de Calidad, Hospital San José, Servicio de Salud Norte

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
Nadia Campos	Médico Cirujano, Encargada Infancia, Servicio de Salud Concepción
Natalia Valenzuela	Enfermera, Encargada Infancia, Servicio de Salud Osorno
Neroly Zamora	CESFAM Ana María Juricic, Servicio de Salud Metropolitano Central
Pamela Rojas	Kinesióloga, Encargada Infancia, Servicio de Salud Aysén
Patricia Anais	Enfermera, Encargado Infancia, SEREMI de Salud O'Higgins
Patricia Llanquitar	Enfermera, Encargado Infancia, Servicio de Salud Sur
Patricia Mena	Neonatóloga, Jefe Servicio de Neonatología, Hospital Sótero del Río
Pilar Pinto	Enfermera, Jefe Departamento de Capacitación, Servicio de Salud Norte.(ex referente Infancia)
Roberto Momberg	Enfermero, Encargado Infancia, SEREMI de Salud los Lagos
Rosa Silva	Enfermera, Encargado Infancia Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Sandra Medi	Enfermera, Encargado Infancia, Servicio de Salud Araucanía Sur
Sandra Toro	Enfermera, Encargada Infancia, Servicio de Salud Bío Bío.
Silvia Delfín	Nutricionista, Jefe Departamento de Salud pública, SEREMI Salud Aysén
Yeniffer Varnet	CESFAM Pudeto Bajo de Ancud, Servicio de Salud Chiloé.
Ana María Cabezas	Médico Cirujano. Sub Jefa Unidad NINEAS, Complejo Asistencial Hospital Dr. Sotero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Carmen Navarrete	Médico inmunólogo, Servicio de pediatría, Hospital de Niños Roberto del Río, Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Jorge Orellana	Pediatra, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Salud Metropolitano Central.
Juan Carlos Flores	Pediatra, Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial Hospital Dr. Sótero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
María Eugenia Ávalos	Pediatra, Unidad NINEAS, Complejo Asistencial Hospital Dr. Sótero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Mónica Galanti	Pediatra nefróloga. Servicio de pediatría, Hospital de Niños Roberto del Río Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Natalie Rodríguez	Pediatra, hemato-oncóloga, Servicio de pediatría, Hospital de Niños Roberto del Río, Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Rosa María Antilef	Enfermera, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Salud Metropolitano Central.
Salesa Barja	Nutrióloga infantil, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	19
ANTECEDENTES	21
CAPÍTULO I: SITUACIÓN DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS	23
1. Características demográficas	24
Tasas de natalidad y fecundidad	26
2. Características epidemiológicas	27
Mortalidad en la infancia	27
MORTALIDAD INFANTIL	27
MORTALIDAD EN LA NIÑEZ	30
Morbilidad en la infancia	31
AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD (AVISA)	32
BAJO PESO AL NACER Y PREMATUREZ	33
MALNUTRICIÓN POR EXCESO	35
DÉFICIT Y REZAGO DEL DESARROLLO INFANTIL	37
ACCIDENTES	39
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA INFANCIA	40
MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL	42
SALUD BUCODENTAL	43
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD (NANEAS)	45
CÁNCER INFANTIL	46
3. Determinantes de la Salud y calidad de vida en la infancia	48
Pobreza e infancia	48
Niños y niñas de pueblos originarios	50
Lactancia materna	51
Perfil del cuidador o cuidadora principal	52
Educación inicial	52
Actividades y distribución del tiempo de niños y niñas	54
Niños y niñas con vulneración de sus derechos	55
Trabajo infantil	56
Explotación sexual comercial infantil	56
4. Acceso a servicios de salud	57
Rutas de accesos a prestaciones de salud	57
Prestaciones del sistema de salud público	60

NACIMIENTOS	60
CONTROLES DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS	61
EVALUACIONES REALIZADAS EN EL CONTROL DE SALUD	62
INMUNIZACIONES	63
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	64
CONSULTAS A ESPECIALISTAS Y ATENCIONES HOSPITALARIAS	65
PRESTACIONES UNIVERSALES "GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD" (GES)	67
CAPÍTULO II: ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD, DISMINUIR DEL REZAGO UN DESAFÍO PARA LA INFANCIA	70
Objetivos Sanitarios	71
Objetivos Estratégicos	71
OE4: Salud Infantil, disminuir el rezago niños y niñas	72
CAPÍTULO III: PROPÓSITOS, OBJETIVOS Y ESTRATEGIA DEL PROGRAMA	75
1. Propósito	76
2. Objetivos	76
CAPÍTULO IV: MODELOS EJES Y ENFOQUES DEL PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD EN INFANCIA	78
1. Sistema intersectorial de protección social	79
Subsistema de Protección Integral a la Infancia - Chile Crece Contigo	79
COMPONENTE DE SALUD DEL SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO	80
2. Determinantes sociales de la salud en infancia y enfoque de curso de vida	82
3. Enfoque de derechos en la infancia en el campo de la salud	84
DERECHOS DE NIÑOS Y NIÑAS HOSPITALIZADOS	86
4. Enfoque intercultural	88
Niños y niñas migrantes	89
5. Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario	92
6. Modelo de gestión hospitalaria en la práctica pediátrica (modelo de atención progresiva)	94
CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD EN LA INFANCIA	97
1. Gestión del programa nacional de salud en la infancia	99
Ministerio de Salud	99
Subsecretaría de Salud Pública	99
Secretarías Regionales Ministeriales	101
Subsecretaría de Redes Asistenciales	102
Servicios de Salud	103
Dirección de Salud Comunal (DSC)	105
Centros de Salud de la Atención Primaria	105
Centros de Mayor Complejidad	106

CAPÍTULO VI: PRESTACIONES DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD EN LA INFANCIA	108
1. Programa de prestaciones universales	111
Prestaciones promocionales grupales	111
Talleres en la infancia	111
a) Prestaciones promocionales y preventivas en el Centro de Salud	114
CONTROL DE SALUD INFANTIL	114
CONTROL DE SALUD GRUPAL INFANTIL	114
CONSULTA NUTRICIONAL 5 MESES	114
CONTROL DE SALUD BUCAL 2 Y 4 AÑOS	115
CONSULTA NUTRICIONAL CON COMPONENTE DE SALUD BUCAL 3 AÑOS 6 MESES	115
CONSULTA DE SALUD BUCAL 6 AÑOS – GARANTÍA AUGE “SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS”	115
CONTROL DE SALUD ABREVIADO	126
b) Prestaciones promocionales preventivas en el establecimiento educacional (Control de Salud Escolar)	126
CONTROL DE SALUD ESCOLAR	126
c) Prestaciones y beneficios transversales de acceso universal	130
PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES	130
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)	131
2. Programa de prestaciones específicas	133
2.1. Necesidad de consulta médica	133
CONSULTA DE MORBILIDAD	133
2.2. Requerimiento de atención odontológica	134
CONSULTA SALUD BUCAL	134
CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGENCIA	134
2.3. Apoyo a la continuidad de la lactancia materna	134
CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA	134
2.4. Requerimiento de atención por malnutrición	135
CONSULTA NUTRICIONAL –MALNUTRICIÓN POR DÉFICIT O EXCESO	135
CONSULTA NUTRICIONAL	136
2.5. Niños y niñas en situación de vulneración de derechos y/o vulnerabilidad social.	137
CONSULTA SOCIAL	137
VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	137
DETECCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON MALTRATO Y/O ABUSO SEXUAL	137
SOSPECHA Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS EN EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL (ESCNNA)	138
SOSPECHA Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS EN PEORES FORMAS DE TRABAJO INFANTIL (PFTI)	138
2.6. Niños y niñas o familias con riesgo o con problemas de Salud Mental	139
CONSULTA DE SALUD MENTAL	139
PSICODIAGNÓSTICO	139
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	139
PSICOTERAPIA FAMILIAR	139
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL	139
VISITA INTEGRAL DE SALUD MENTAL	139

2.7. Niños y niñas con rezago o déficit del desarrollo psicomotor (DSM)	142
Elaboración de plan personalizado por equipo de cabecera	142
Ingreso e intervención en modalidad de atención del desarrollo integral (MADI)	142
Visita domiciliaria integral para niños y niñas con déficit	144
2.8. Niños y niñas con patologías crónicas respiratorias, que requieren prestaciones diferenciadas	145
CONTROL PACIENTE CRÓNICO USUARIO SALA IRA	145
CONSEJERÍA ANTI-TABAQUICA	145
SEGUIMIENTO NIÑOS Y NIÑAS CON SCORE DE RIESGO DE MORIR POR NEUMONÍA	145
VDI A PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS	145
2.9. Niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS)	147
NANEAS DE BAJA COMPLEJIDAD	147
NANEAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD	147
NANEAS DE ALTA COMPLEJIDAD	147
2.10. Niños y Niñas prematuros en policlínico de seguimiento	150
3. Programa de prestaciones niveles de mayor complejidad	156
Niveles de cuidados en los establecimientos de atención cerrada	156
NIVEL DE CUIDADOS BÁSICOS	156
NIVEL DE CUIDADOS MEDIOS (EX AGUDOS) – UTI	158
NIVEL DE CUIDADOS CRÍTICOS – UCI	159
CAPÍTULO VII: PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	161
Indicadores del Programa	162
Indicadores de apoyo al diagnóstico epidemiológico y evaluación cobertura de servicio propios del programa	163
BIBLIOGRAFÍA	180

GLOSARIO DE SIGLAS

ADS	Apego Durante el Estrés
APS	Atención Primaria de Salud
AVI	Asistencia Ventilatoria Invasiva
AVNI	Programa Nacional de Asistencia Ventilatoria No Invasiva
BCG	Vacuna Bacillus de Calmette y Guérin, contra la tuberculosis
CASEN	Encuesta "Caracterización Socioeconómica Nacional"
CDT	Centro de Diagnóstico Terapéutico
ceod	Dientes cariados, extraídos u obturados (índice para piezas dentarias temporales)
CES	Centro de Salud
CESFAM	Centro de Salud Familiar (Centro de Salud con enfoque familiar y comunitario)
CIRA	Consejo de Integración de la Red Asistencial
COANIL	Fundación de Ayuda al Niño Limitado
CRS	Centros de Referencia de Salud
CUDYR	Categorización de Usuarios por Dependencia y Riesgo
DEIS	Departamento de Estadística e Informaciones de Salud
DIGERA	División de Gestión de Redes Asistenciales (División del Ministerio de Salud de Chile)
DIPOL	División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (División del Ministerio de Salud de Chile)
DIPRECE	División de Prevención y Control de Enfermedades (División del Ministerio de Salud de Chile)
DIVAP	División de Atención Primaria (División del Ministerio de Salud de Chile)
DPT	Vacuna contra tres enfermedades difteria, tos convulsiva y tétanos
DSC	Dirección de Salud Comunal
DSM	Desarrollo Psicomotor
EGC	Edad Gestacional Corregida
ELPI	Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia
ENO	Enfermedades de Notificación Obligatoria
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
ESCNNA	Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes
FF.AA	Fuerzas Armadas
FONADIS	Fondo Nacional de Discapacidad
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas de Salud, ex AUGÉ
HC-PKU	Hipotiroidismo Congénito - Fenilquetonuria
HOS	Hospitales
IAAPS	Índice de Actividad de Atención Primaria
IHAN	Modelo de Hospitales Amigos del Niño

INTEGRA	Fundación Integra
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas
JUNJI	Junta Nacional de Jardines Infantiles
MINEDUC	Ministerio de Educación de Chile
MINSAL	Ministerio de Salud de Chile
NANEAS	Niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención de salud
NNA	Niños, niñas y adolescentes
NsP	Nadie es Perfecto
OIRS	Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PADBP	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
PARN	Programa de apoyo al Recién Nacido
PFTI	Peores Formas de Trabajo Infantil
PINDA	Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas del Niño
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria
PNI	Programa Nacional de Inmunizaciones
PPV	Programa de Prestaciones Valoradas
PTV	Prevención de la Transmisión Vertical
RBP	Riesgo Biopsicosocial
REM	Registro Estadístico Mensual (sistema de registro de acciones de salud de Chile)
RL	Registro Local
RN	Recién Nacido o Recién Nacida
Sedile	Servicios Dietéticos de Leche
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SERNATUR	Servicio Nacional de Turismo de Chile
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SDRM	Sistema de Derivación, Registro y Monitoreo
SIGGES	Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud
SOME	Servicio de Orientación Médico Estadístico
SRA	Subsecretaría de Redes Asistenciales
SS	Servicio de Salud
SSP	Subsecretaría de Salud Pública
TEC	Traumatismo Encéfalo Craneano
TENS	Técnico Paramédico
TSH	Hormona Estimulante de la Tiroides
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UOA	Urgencias Odontológicas Ambulatorias
UPC	Unidad de Paciente Crítico
UTI	Unidad de Tratamientos Intensivos
VDI	Visita Domiciliaria Integral
VIH/SIDA	Virus de la Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida



INTRODUCCIÓN

Los niños y las niñas son el recurso principal de un país, por lo que asegurar un desarrollo integral en la primera infancia es un desafío estratégico, que se debe basar en el reconocimiento y la protección de sus necesidades específicas y derechos humanos. Chile tiene una larga tradición de políticas sanitarias dirigidas a la madre y su hijo o hija, las que se han sostenido e implementado a través de la formulación de actividades programáticas cuyo diseño ha respondido al perfil epidemiológico y al contexto social y económico del país en diferentes periodos. Esto se ha traducido en el logro de indicadores exitosos de reducción de la mortalidad y la morbilidad en la niñez. Hoy, las políticas públicas dirigidas a infancia tienen como desafío contribuir a la mejor calidad de vida en la infancia, fomentando un desarrollo integral.

Las condiciones de inequidad, expresadas en desigualdades de género, de clase social y de grupo étnico, tienen efectos dañinos en el desarrollo en la niñez. Las intervenciones que protegen y promueven la máxima realización del potencial de niños y niñas, contribuyen a mejorar su desarrollo cognitivo y emocional e impulsan el rendimiento escolar, que a su vez facilita el acceso al empleo productivo, una mayor movilidad social y la reducción de inequidades en el futuro. Por otra parte, diversas investigaciones demuestran que algunos problemas de salud de los adultos son el resultado de procesos que comienzan en el útero, antes de nacer, o durante el período neonatal, y que las intervenciones tempranas pueden impactar sobre la prevalencia de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida.

El Programa Nacional de Salud de la Infancia propone un marco coherente y consistente para abordar los desafíos actuales relacionados con los principales problemas de salud de niños y niñas menores de 10 años, tiene un enfoque de derechos y determinantes sociales de la salud. En su elaboración han participado profesionales de sociedades científicas, universidades, SERVICIOS DE SALUD, SEREMI y organismos internacionales, quienes han colaborado aportando sus visiones provenientes de distintas disciplinas.

Este Programa, espera fortalecer el proceso continuo de atención de salud con el fin de promover el desarrollo integral óptimo en la infancia, prevenir y reducir la carga de morbilidad en esta etapa y seguir avanzando en la reducción de la mortalidad infantil.

Los principales problemas que presenta la infancia hoy, requieren fortalecer el trabajo colaborativo y coordinado entre diversas instituciones y sectores para potenciar el impacto de las intervenciones. Asimismo es necesario seguir potenciando a los equipos de salud, fortaleciendo sus competencias, empoderar a las familias y comunidades en el cuidado y desarrollo infantil y crear entornos físicos y sociales que promuevan el desarrollo integral. Lo anterior ha sido considerado en la reformulación del Programa Nacional de Salud de la Infancia.

El Programa entrega una oferta integrada de actividades con intervenciones costo-efectivas basadas en evidencia que protegen los derechos de niños y niñas, promueven su desarrollo, identifican riesgos biopsicosociales y entregan intervenciones de tratamiento y rehabilitación. Del mismo modo, el presente documento espera contribuir al fortalecimiento de la gestión del Programa Nacional de Salud de la Infancia, en SEREMIS y Servicios de Salud.

ANTECEDENTES

La salud en la infancia ha sido una prioridad constante en la Salud Pública Chilena desde inicios del siglo XX, lo que ha impactado notablemente en la disminución de la morbimortalidad infantil. Esto ha sido producto de avances tanto en salud como en la calidad de vida y desarrollo de nuestro país. Uno de los factores en salud que ha contribuido a la mejoría en los indicadores es la existencia de normativas y programas ministeriales que buscan fortalecer y estandarizar los procesos y procedimientos efectuados a niños y niñas.

La última actualización de la normativa del Programa Nacional de Salud de la Infancia del Ministerio de Salud data del año 1991. Desde ese entonces ha habido avances sustanciales en el conocimiento científico, en el desarrollo económico del país y cambios en el perfil epidemiológico de la población, que justifican una reformulación del programa.

En los últimos decenios Chile ha logrado acercarse cada vez más al comportamiento epidemiológico, demográfico y de calidad de vida de países desarrollados. Esto se muestra, por ejemplo, en los puntajes obtenidos en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que mide variables como la esperanza de vida, el nivel educacional y el ingreso per cápita. Los puntajes de IDH de nuestro país son los más altos de Sudamérica y están a nivel 44 de 169 a nivel mundial, lo que se considera un muy alto desarrollo [1].

Por otro lado, desde el año 1991 a la fecha ha habido avances sustanciales en el conocimiento científico, que permiten comprender mejor los mecanismos subyacentes al desarrollo humano y los factores que contribuyen al fomento de la salud integral, tanto a nivel promocional como preventivo. La evidencia actual en neurodesarrollo concluye que las experiencias vividas durante la infancia ejercen especial influencia sobre el estado de salud que las personas tendrán en su adultez, no sólo en cuanto a la probabilidad de enfermar o de adquirir una determinada discapacidad, sino adicionalmente, al bienestar psicosocial y calidad de vida que puedan alcanzar. Fomentar un desarrollo infantil temprano óptimo se ha constituido en una prioridad a nivel internacional y nacional, considerándose uno de los determinantes sociales de la salud más potentes [2].

Conjuntamente al avance del conocimiento científico, en el año 1990 Chile ratificó la convención de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea general de las Naciones Unidas en 1989, que promueve cuatro principios fundamentales: la no discriminación, el resguardo del interés superior, su supervivencia y desarrollo y protección, además de su participación en las decisiones que le afecten. Desde ese entonces ha habido un trabajo progresivo de ir asegurando dichos derechos en los diferentes espacios que niños y niñas ocupan en la comunidad.

Sin embargo, a pesar de los logros obtenidos, sigue existiendo hasta hoy gran inequidad que repercute significativamente en los indicadores de salud y en la calidad de vida de niños y niñas. En

el índice de coeficiente de GINI, que compara el quintil de mayor y menor ingreso de la población 2007-2011, Chile ocupa el lugar 141 de un total de 160 países evaluados (siendo el 160 el menos equitativo), con un coeficiente de 52,1, siendo el número 0 el más equitativo, lo cual da cuenta de lo mucho que debemos avanzar [3].

Además, existe en nuestro país un fenómeno de infantilización de la pobreza, es decir que la población infantil y adolescente tiene un nivel mayor de pobreza que la población general. Esto se relaciona a la composición familiar, donde muchas veces la madre es jefa de hogar y única sostenedora financiera. Este fenómeno es mayor incluso en la población menor de 4 años [4].

En el año 2008 se implementó a nivel nacional el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia Chile Crece Contigo, que adopta carácter de Ley en el año 2009 (Ley 20.379). Este sistema es un modelo de gestión integrado por distintos organismos del estado, que busca entregar condiciones diferenciadas a las familias para disminuir la desigualdad en el período más crítico del desarrollo, desde la gestación hasta los 4 años de vida. El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial es el componente de salud de dicho sistema y busca reforzar acciones promocionales y preventivas con miras a proteger la primera infancia y lograr óptimas condiciones de desarrollo, tanto en el nivel primario de atención, como en la maternidad.

Actualmente los problemas de salud pública que enfrenta Chile son una compleja mezcla entre aquellos que presentan los países desarrollados y aquellos derivados de la inequidad.

Estos dos mundos además cohabitan en una mixtura desafiante, donde parece no haber solución sin la integración, coordinación e integración de salud con otros sectores.

El programa actual se hace cargo de este importante desafío considerando las variaciones étnicas, geográficas y sociales que se expresan en desiguales resultados de salud en la población infantil de 0 a 9 años.

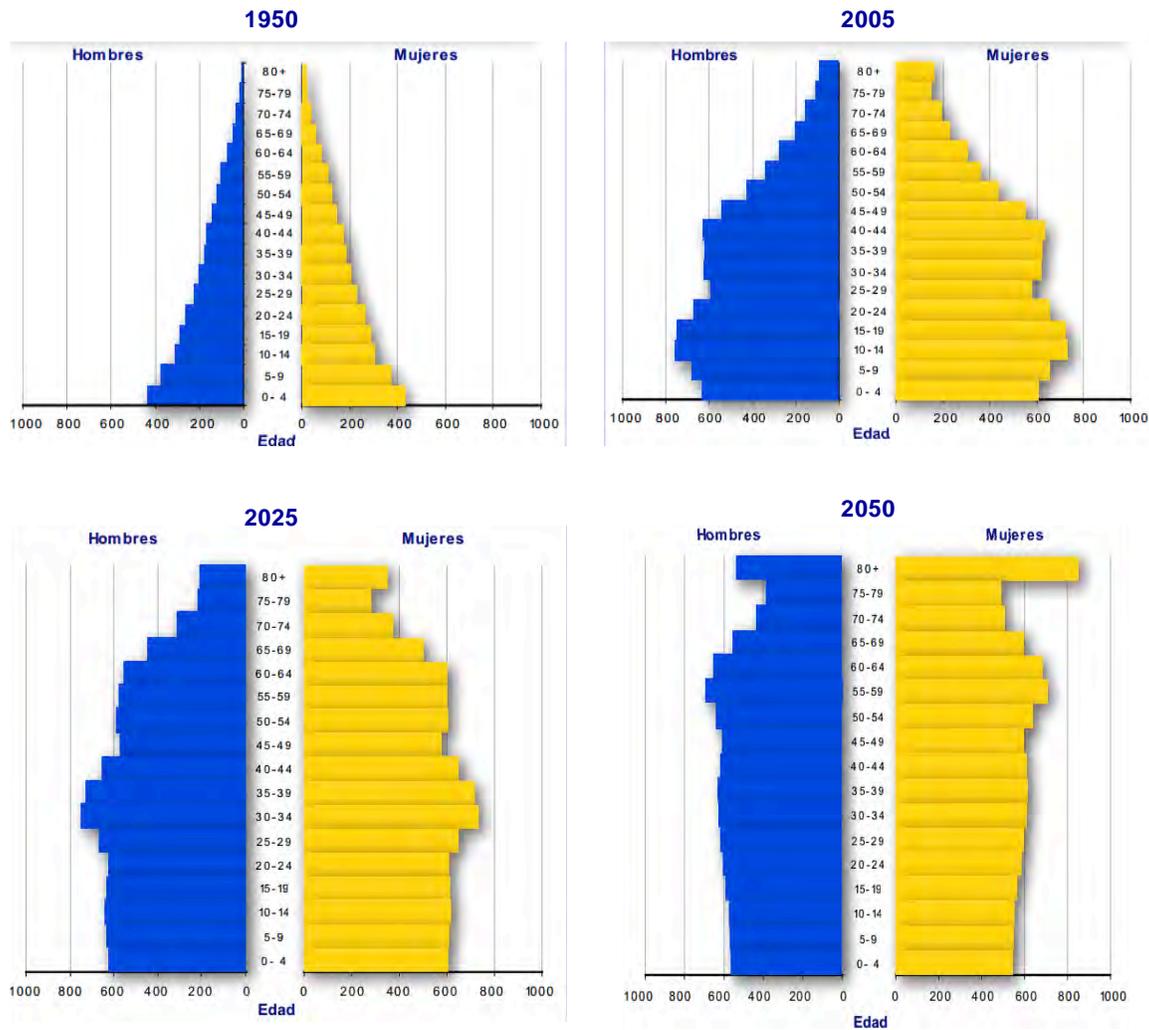
CAPÍTULO I: SITUACIÓN DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

En este capítulo se caracterizará la población menor de 10 años, indagando en indicadores socio-demográficos, de mortalidad, morbilidad y calidad de vida, de modo de contextualizar las acciones comprometidas en el Programa Nacional de salud en la Infancia.

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

La evolución demográfica en Chile ha sido similar a aquella presentada por los países desarrollados. El envejecimiento de la población, el aumento en la expectativa de vida y la baja natalidad, ha tenido como consecuencia el ensanchamiento de la pirámide poblacional, fenómeno que se puede observar en el Gráfico N° 1. Esto ha repercutido en que exista una disminución de la proporción de niños y niñas en relación al total de la población.

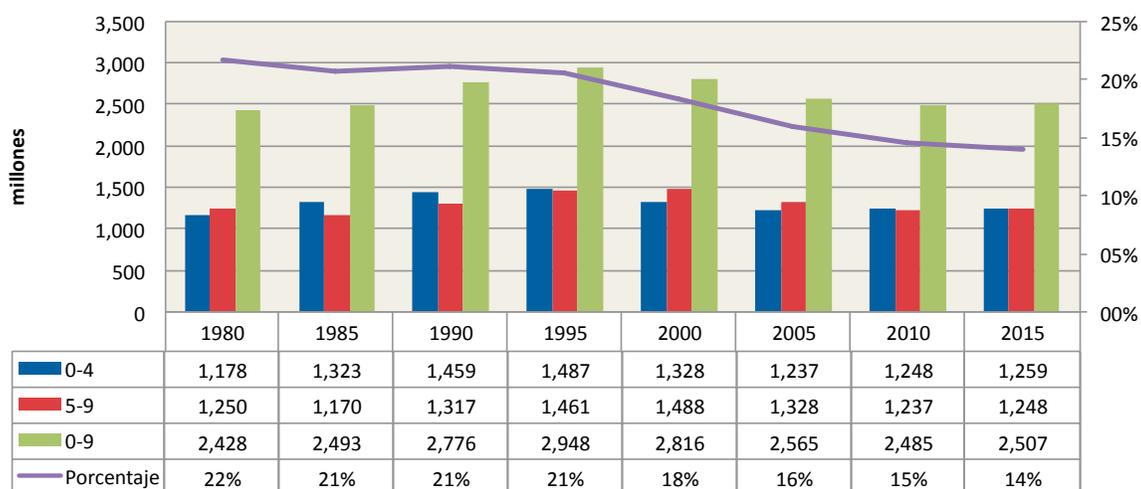
GRÁFICO N° 1.
PROYECCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA PIRÁMIDE DEMOGRÁFICA EN LA POBLACIÓN CHILENA 1950 -2050



Fuente: INE, 2002

En 1980 los menores de 10 años representaban el 21,7% de la población, en tanto en el 2010 llegó a ser sólo de un 14,5%; proporción que se estima seguirá bajando (Gráfico N° 2).

GRÁFICO N° 2.
EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE 0 A 9 AÑOS



Fuente: INE, 2002

Las regiones de Aysén, Tarapacá y Antofagasta, son aquellas que presentan mayor cantidad de niños y niñas en relación a la población total.

TABLA N° 1.
PROYECCIÓN POBLACIÓN INFANTIL MENOR DE 10 AÑOS Y PROPORCIÓN POR REGIÓN 2015

REGIÓN	POBLACIÓN MENOR DE 10 AÑOS	PORCENTAJE
I Tarapacá	54.620	15,6%
II Antofagasta	96.374	15,9%
III Atacama	44.885	15,4%
IV Coquimbo	110.972	14,4%
V Valparaíso	244.881	13,2%
VI O`Higgins	125.797	13,6%
VII Del Maule	143.048	13,7%
VIII Del Bío-Bío	285.572	13,6%
IX La Araucanía	146.968	14,5%
X Los Lagos	129.575	14,6%
XI Aysén	17.300	15,7%
XII Magallanes Y Antártica	21.473	13,3%

Fuente: INE, 2012

Estimaciones en base a la información del CENSO 2002, por lo tanto se realiza en base a 13 Regiones.

TASAS DE NATALIDAD Y FECUNDIDAD

Coherente con lo anterior, la tasa de natalidad bruta y tasa de fecundidad han mostrado un comportamiento decreciente, lo que sumado a un aumento en la esperanza de vida al nacer, da cuenta del proceso de envejecimiento de la población chilena; nacen menos niños y niñas, cada mujer en edad fértil tiene en promedio 1,85 hijos/as, pero los/as recién nacidos/as son más longevos que sus generaciones anteriores.

TABLA N° 2.
TASA DE NATALIDAD, DE FECUNDIDAD Y ESPERANZA DE VIDA

AÑO	TASA BRUTA DE NATALIDAD	TASA DE FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA
2000-2005	15,75	2	74,8
2005-2010	15,07	1,94	75,49
2010-2015	14,51	1,89	79,1
2015-2020	13,76	1,85	79,68
2020-2025	13,12	1,85	80,21

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2007

2. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

A continuación, se describe los distintos aspectos de la situación de salud de la población infantil en Chile y que son útiles de considerar al momento de diseñar actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

MORTALIDAD EN LA INFANCIA

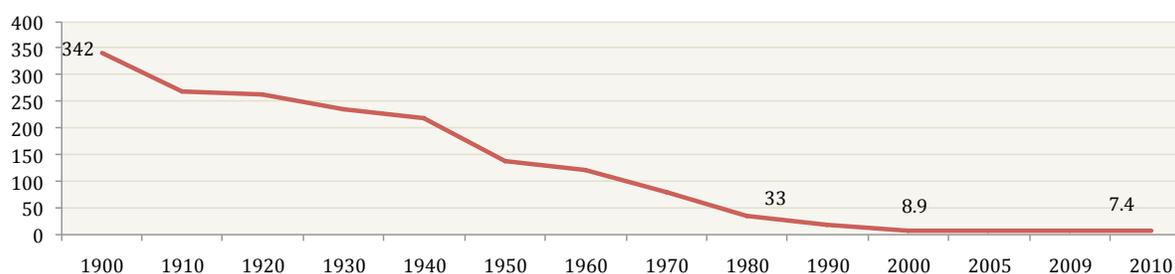
Existen varias tasas que monitorean la mortalidad de menores de 10 años, dentro de ellas la principal es la *Mortalidad Infantil* que se define como el número de niños y niñas que fallecen antes del primer año de vida por cada 1.000 nacidos vivos. A su vez éste indicador se puede desglosar en *Neonatal Precoz* (defunciones de menor de 7 días), *Neonatal* (defunciones de menores de 28 días, incluye la mortalidad neonatal precoz), y *Postnatal* (defunciones de niños y niñas de entre 28 días y 11 meses 29 días).

Otro de los indicadores de defunción de niños y niñas es Mortalidad en la niñez, que mide las defunciones de los mayores de 1 año y menores de 10, el cual se desglosa en dos rangos etarios: 1 a 4 años y 5 a 9 años [5].

MORTALIDAD INFANTIL

La tasa de mortalidad infantil se ha usado tradicionalmente como un indicador del grado de desarrollo, nivel de pobreza, calidad de los sistemas de salud y nivel de equidad de un país. En Chile, la mortalidad infantil se ha caracterizado por una tendencia sistemática al descenso. A comienzos del siglo pasado era una de las más altas de la región y se morían 342 niños y niñas menores de 1 año de cada 1.000 nacidos vivos, actualmente la mortalidad infantil es del 7,4, la cual se encuentra dentro del rango de los países desarrollados [6].

GRÁFICO Nº 3.
MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS CORREGIDOS



Fuente: Cuatro Años Creciendo Juntos, 2010 & DEIS, 2012

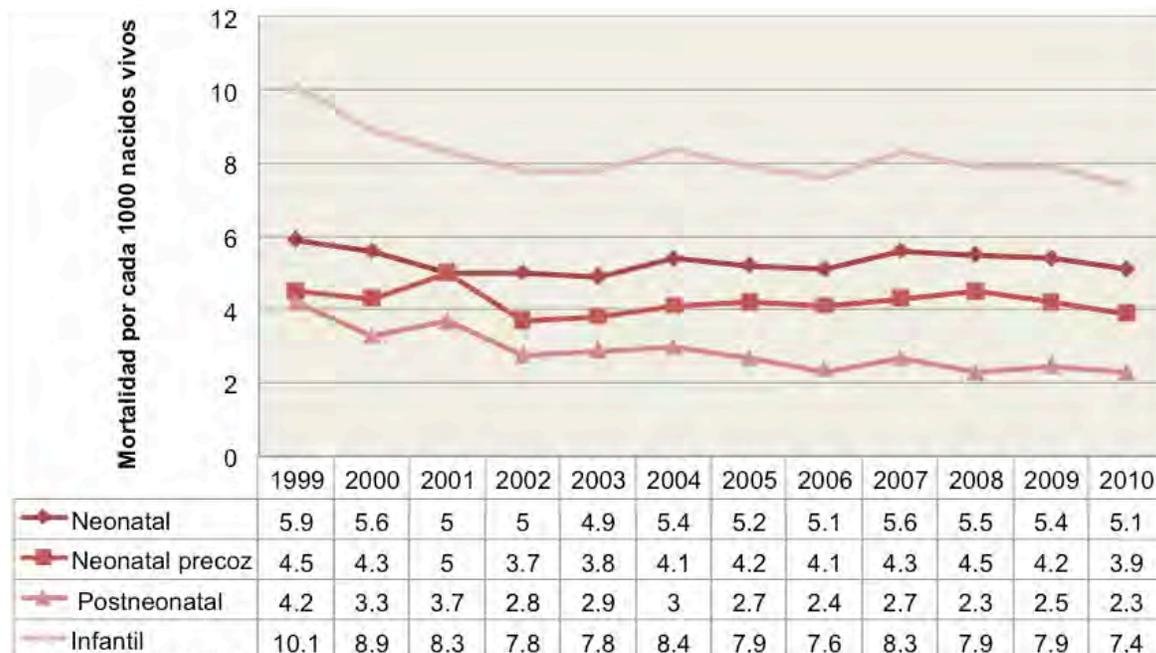
La mejoría de los indicadores en el área infantil ha sido producto de las estrategias implementadas desde hace casi medio siglo por el sector salud y la mejoría en condiciones y calidad de vida de la población, urbanización, acceso a agua potable y educación. Dentro de las estrategias de salud que han tenido mayor impacto destacan el desarrollo del programa nacional de inmunizaciones y sus altas coberturas alcanzadas, la amplia atención profesional del parto, la alta asistencia a control de salud del niño y la niña en el primer año de vida, las estrategias destinadas a la reducción de muertes por infecciones respiratorias agudas (salas IRA, campaña de invierno), el fortalecimiento de la atención neonatal, el programa de alimentación complementaria, el mayor acceso a hospitalización ante urgencias, la obligatoriedad de auditar las muertes infantiles y los programas de planificación familiar.

Según los últimos indicadores, el principal factor que engrosa las cifras de la mortalidad infantil es la mortalidad neonatal, que constituye un 68,9% de las muertes en menores de un año (Gráfico N° 4).

Cuando un país alcanza bajos índices de mortalidad infantil (menores a 10 por 1000), comienza a ser más difícil seguir mejorando, sobre todo por la mortalidad neonatal precoz, que se vincula a prematuridad y a otras condiciones no compatibles con la vida [7].

Sin embargo, a pesar de los logros obtenidos, siguen existiendo grandes desigualdades en este indicador, según región e incluso entre comunas de una misma región [8]. Esto refleja la influencia de los determinantes sociales, cuya consideración debe ser una prioridad para seguir avanzando en disminuir la mortalidad infantil nacional.

GRÁFICO N° 4.
MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS CORREGIDOS 1999 - 2010



Fuente: DEIS 2012 & INE 2011

En cuanto a las tasas de defunciones de menores de un año por región, de norte a sur: Antofagasta, Región del Maule, La Araucanía, Magallanes y la Antártica Chilena, poseen las tasas más altas durante el 2010.

TABLA N° 3.
NÚMERO DE DEFUNCIONES Y TASA MORTALIDAD INFANTIL POR REGIÓN

REGIÓN	INFANTIL		NEONATAL		NEONATAL PRECOZ		POSTNEONATAL	
	Defunciones Menores de 1 Año	Tasa	Defunciones Menores 28 Días	Tasa	Defunciones menores 7 días	Tasa	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasa
Arica	21	5,7	16	4,3	14	3,8	5	1,4
Tarapacá	37	6,5	25	4,4	18	3,2	12	2,1
Antofagasta	88	8,7	60	6	49	4,9	28	2,8
Atacama	40	7,9	34	6,7	26	5,1	6	1,2
Coquimbo	71	6,3	42	3,7	33	2,9	29	2,6
Valparaíso	176	7,4	120	5	89	3,7	56	2,4
B. O'Higgins	96	7,5	63	4,9	52	4,1	33	2,6
Maule	121	8,6	86	6,1	66	4,7	35	2,5
Bío Bío	215	7,6	148	5,2	109	3,9	67	2,4
La Araucanía	119	8,9	80	6	63	4,7	39	2,9
Los Ríos	35	6,4	19	3,5	16	2,9	16	2,9
Los Lagos	91	7,3	52	4,2	41	3,3	39	3,1
Aysén	10	6,1	6	3,6	6	3,6	4	2,4
Magallanes	21	9,3	12	5,3	7	3,1	9	4
Metropolitana	721	7,1	520	5,1	399	3,9	201	2

Fuente: DEIS, MINSAL 2010

FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD INFANTIL

Los factores de riesgo que se asocian a mayor mortalidad infantil en Chile son la desnutrición de la madre durante la gestación, el bajo peso de nacimiento (menor a 1500 gr), la prematuridad (menor a 32 semanas), la edad materna (menor a 15 años o mayor a 40 años), el nivel de escolaridad de la madre (menos de 6 años de escuela o analfabetismo) y el número de hijos o hijas (más de 7) [5].

TABLA N° 4.
MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN AÑOS DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE, 2009

AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE	TASA	N° DE DEFUNCIONES
0-8	10,9	396
9-12	8,0	1.205
13 y más	6,0	392
Total	7,9	1.997

Fuente: DEIS, 2012

MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

Otro indicador de mortalidad a observar es la mortalidad en la niñez, este indicador tiene un comportamiento más estable y es mucho más bajo que los de mortalidad infantil.

**TABLA N° 5.
TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ (2005-2009)**

AÑO	1 A 4 AÑOS	5 A 9 AÑOS	MORTALIDAD EN LA NIÑEZ
2005	0,34	0,17	0,24
2006	0,35	0,17	0,25
2007	0,3	0,2	0,2
2008	0,3	0,2	0,2
2009	0,3	0,2	0,2

Fuente: DEIS, 2012

CAUSAS DE MORTALIDAD

El núcleo duro de la mortalidad infantil es la Mortalidad neonatal y dentro de ésta el mayor peso es el de la Prematuridad extrema (RN con menos de 1.500 gramos al nacer), la que representa alrededor del 1% del total de nacimientos y contribuye con un 43% de la mortalidad infantil. La sobrevivencia global del grupo menor de 1.500 gr. al nacer es de un 69% en Chile y ésta varía en forma importante al desagregarla por tramos de peso, fluctuando entre un 8% entre los 500-599 gr. y un 90% entre los 1.250 -1.500 gr [9].

Entre las causas de mortalidad en los niños y niñas menores de un año, siguen prevaleciendo aquellas originadas en el periodo perinatal (34%): malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (31,6%). Las enfermedades de origen infeccioso que antes prevalecían han disminuido, alcanzando un porcentaje de un 5,2%, gracias a la profesionalización del manejo de parto, manejo de terapia antibiótica, acceso a atención con equipos especializados de alto nivel, entre otros. Las causas de mortalidad en el grupo entre 1 a 10 años, siguen siendo de origen externo (accidentes, traumatismos y violencia), seguido de causas tumorales y del Sistema Nervioso Central [5].

TABLA N° 6.
CAUSAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CHILE, 2010

CAUSA DE MORTALIDAD	% < 1 AÑO	% > DE 1 Y < 10 AÑOS
Causas externas de mortalidad	9,1%	38,1%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	34,0%	0,4%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,5%	3,2%
Enfermedades del sistema circulatorio	1,2%	2,2%
Enfermedades del sistema digestivo	0,7%	1,2%
Enfermedades del sistema genitourinario	0,2%	0,4%
Enfermedades del sistema nervioso	3,8%	12,2%
Enfermedades del sistema respiratorio	5,4%	7,7%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,4%	3,7%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	31,6%	11,4%
Resto de causas	1,1%	2,6%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	6,6%	3,2%
Trastornos mentales y del comportamiento	0,0%	0,2%
Tumores (neoplasias)	3,4%	13,6%

Fuente: MINSAL, 2012

MORBILIDAD EN LA INFANCIA

El desafío de la salud pediátrica de este siglo es promover las estrategias necesarias para lograr el máximo desarrollo en niños y niñas, acorde con su potencial genético y la adaptación a un entorno cambiante, actuar tempranamente sobre los condicionantes de riesgo y reducir el impacto negativo sobre los daños instalados, de modo de mejorar su bienestar hoy y en las etapas posteriores de la vida. Esto obliga a enfocar los esfuerzos en reducir las tasas de enfermedades que toman protagonismo en la infancia, y que tienden a agudizarse en el resto de las etapas de la vida, dentro de las que se encuentran: enfermedades crónicas, sobrepeso y obesidad, problemas respiratorios, problemas de salud mental, entre otras [10].

El progreso del país no necesariamente ha beneficiado a todos en la misma magnitud y aún persisten grupos sociales excluidos [11]. Anualmente más de 200 millones de niños y niñas menores de 5 años de países en vías de desarrollo no logran desplegar su óptimo potencial de desarrollo físico, psíquico y social [12].

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2006, la causa de morbilidad crónica más frecuente en menores de entre 0 a 9 años son las enfermedades respiratorias crónicas, la segunda causa de morbilidad difiere según el rango etario, siendo para los menores de 5 años las causas asociadas a la prematuridad y en aquellos de 5 a 9 años los problemas de visión. Destacan también para ambos grupos, los problemas de la piel por más de 6 meses, el trastorno por déficit atencional y otros problemas crónicos.

TABLA N° 7.
PREVALENCIAS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA INFANCIA DECLARADAS POR EL CUIDADOR PRINCIPAL.

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	0 A 5 AÑOS			6 A 10 AÑOS		
	n	Prevalencia	IC 95%	N	Prevalencia	IC 95%
Presión alta; hipertensión	3.308	0,3	0,0 - 0,5	10.234	0,6	0,2 - 1,0
Diabetes; azúcar en la sangre	1.497	0,1	0,0 - 0,3	7.191	0,4	0,0 - 0,8
Enfermedad respiratoria crónica	193.207	15,4	13,1 - 17,6	297.630	18,1	16,0 - 20,2
Epilepsia	8.541	0,7	0,2 - 1,2	19.695	1,2	0,6 - 1,8
Depresión	5.908	0,5	0,1 - 0,9	32.948	2	1,1 - 2,9
Insuficiencia renal	5.551	0,4	0,1 - 0,8	7.298	0,4	0,1 - 0,8
Problemas de audición	14.989	1,2	0,5 - 1,9	54.191	3,3	2,4 - 4,2
Problemas de visión	19.740	1,6	0,8 - 2,3	175.051	10,6	8,9 - 12,3
Síndrome de Down u otra alteraciones genéticas	4.839	0,4	0,0 - 0,8	5.294	0,3	0,0 - 0,6
Prematurez	90.636	7,2	5,6 - 8,8	94.014	5,7	4,5 - 6,9
Malformaciones congénitas	20.585	1,6	0,7 - 2,6	29.944	1,8	1,1 - 2,5
Deficiencia mental	2.871	0,2	0,0 - 0,5	8.861	0,5	0,1 - 0,9
Enfermedad celíaca	4.071	0,3	0,0 - 0,7	2.137	0,1	0,0 - 0,3
Problemas de la piel por más de 6 meses	69.602	5,5	4,3 - 6,8	127.519	7,7	6,3 - 9,2
Trastorno por déficit atencional hiperkinético	29.532	2,4	1,5 - 3,2	102.410	6,2	4,8 - 7,6
Trastornos alimentación: anorexia o bulimia	7.808	0,6	0,2 - 1,1	14.152	0,9	0,4 - 1,3
Problema motor	10.451	0,8	0,3 - 1,3	14.888	0,9	0,4 - 1,4
Otro problema crónico	54.163	4,3	2,9 - 5,7	87.424	5,3	4,0 - 6,6

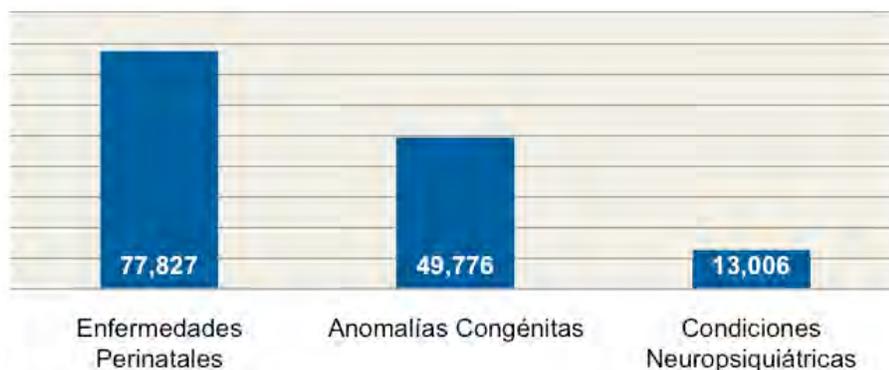
Fuente: ENCAVI, 2006

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD (AVISA)

Los años de vida ajustados en función de la discapacidad es un indicador que mide el número de años perdidos por defunción prematura y los años productivos perdidos por discapacidad [13].

En Chile, del total de las causas que generan AVISA, el 4,4% corresponde a condiciones derivadas de los menores de 1 año. En este rango etario, casi la mitad de los AVISA tienen su causa en enfermedades perinatales (46,5%), y un tercio en anomalías congénitas (29,7%), seguido por las condiciones neuropsiquiátricas (7,8%) las cuales casi en su totalidad corresponden a condiciones neurológicas tales como Síndrome de Down, trauma al nacer, espina bífida y parálisis cerebral. Entre las primeras causas específicas figuran: bajo peso al nacer, anomalías congénitas del corazón y trastorno respiratorio al nacer [14].

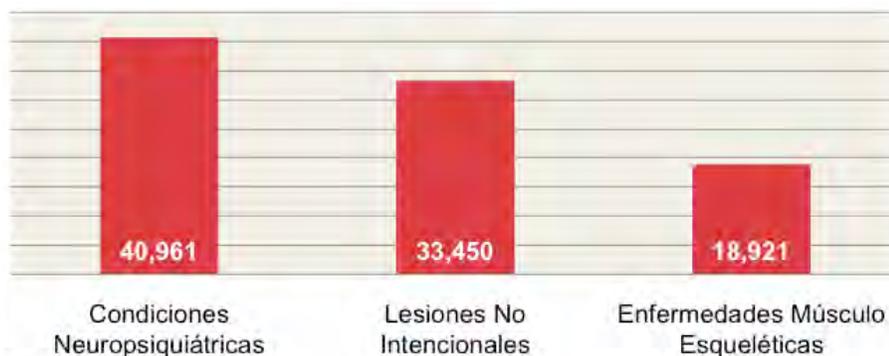
**GRÁFICO N° 5.
AVISA DE 0 A 1 AÑOS**



Fuente: ENCAVI, 2006

El grupo de 1 a 9 años es el que registra menor proporción de AVISA en general, siendo inferior al 3,3%. Un 30,3% de los AVISA corresponden a condiciones neuropsiquiátricas, 24,7% corresponde a lesiones no intencionales y un 14,0% tienen como causa las enfermedades músculo esqueléticas. Dentro de las primeras causas específicas están los accidentes de tránsito, caídas, estrabismo y el síndrome de déficit atencional [14].

**GRÁFICO N° 6.
AVISA DE 1 A 9 AÑOS**



Fuente: ENCAVI, 2006

BAJO PESO AL NACER Y PREMATUREZ

Durante el 2011, un 6,7% del total de los niños y niñas nacidos vivos presentaron un peso inferior a 2.500 gr. (bajo peso al nacer) dentro de este grupo, el 18,3% tuvo un peso inferior a 1.500 gr (muy bajo peso al nacer), condición que se asocia con un riesgo 16 veces mayor de morir que el peso normal [5]. Mientras que en el año 2012, el total de niños y niñas con peso inferior a 2.500 gr, subió a un 6,9% debido a un aumento leve en el porcentaje que presentó peso entre 1.500 y 1.999 gr, lo cual se encuentra en el rango de variabilidad esperado.

TABLA N° 8.
TOTAL DE NACIDOS VIVOS SEGÚN PESO AL NACER ACUMULADO ENERO A DICIEMBRE

PESO AL NACER	2011		2012	
	N° de NV	%	N° de NV	%
Menos de 1.000	920	0,6%	914	0,6%
De 1.000 a 1.499	1.098	0,7%	1.108	0,7%
De 1.500 a 1.999	2.298	1,4%	2.455	1,6%
De 2.000 a 2.499	6.705	4,1%	6.527	4,1%
De 2.500 a 2.999	24.826	15,1%	24.853	15,7%
De 3.000 a 3.999	111.583	67,9%	106.728	67,5%
De 4.000 y más	16.899	10,3%	15.416	9,8%
Total País	164.329	100,0%	157.999	100,0%

Fuente: DEIS, 2013

La distribución nacional del bajo peso al nacer presenta diferencias significativas por región, situación que se detalla en la Tabla 9. Se destacan por poseer un porcentaje de niños y niñas con menos de 1.500 gramos al nacer superior a la media país las regiones Metropolitana, De la Araucanía y De Coquimbo.

En el grupo con peso 1.500 a 2.500 gramos, un grupo que igualmente es de riesgo, se observa nuevamente que la región Metropolitana, junto con las regiones de Valparaíso, Antofagasta, Aysén y Atacama están bajo el promedio nacional.

TABLA N° 9.
NÚMERO Y PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON PESO INFERIOR A 2.500 GR. AL NACER POR REGIÓN 2010

REGIÓN	PESO EN GRAMOS					
	Total Nacidos	< 1.500	1.500 a 2.499	2.500 a 2.999	> o = a 3.000	Ignorado
	PORCENTAJE					
De Arica y Parinacota	3.646	0,7%	3,3%	14,0%	81,4%	0,5%
De Tarapacá	5.637	0,8%	3,6%	12,9%	81,7%	1,1%
De Antofagasta	10.016	1,0%	5,8%	20,4%	72,5%	0,2%
De Atacama	5.069	0,9%	5,2%	17,0%	76,9%	0,1%
De Coquimbo	11.225	1,1%	4,2%	16,0%	78,6%	0,2%
De Valparaíso	23.788	1,0%	5,0%	15,8%	78,0%	0,2%
Metropolitana de Santiago	101.047	1,1%	5,2%	16,5%	77,1%	0,1%
Del Libertador B. O'Higgins	12.723	1,0%	4,7%	17,1%	77,0%	0,2%
Del Maule	14.103	1,0%	4,3%	14,8%	79,8%	0,1%
Del Bío Bío	28.297	1,0%	4,4%	14,7%	79,7%	0,2%
De La Araucanía	13.367	1,1%	4,1%	13,5%	81,1%	0,2%
De Los Ríos	5.433	1,0%	4,7%	12,5%	81,7%	0,1%
De Los Lagos	12.413	0,9%	4,8%	15,3%	78,8%	0,1%
De Aysén	1.636	0,9%	5,3%	15,2%	78,6%	0,1%
De Magallanes y Antártica	2.243	0,7%	4,5%	16,0%	78,3%	0,4%
PAÍS	250.643	1,0%	4,8%	15,9%	78,1%	0,1%

Fuente: DEIS, 2012

En el año 2010, al analizar los recién nacidos vivos se observó que el 7,1% nacen prematuramente. La Región Metropolitana es la que presenta un mayor porcentaje y número de prematuros (24-36 semanas) y de prematuros extremos (24-32 semanas), en el caso de la Región de Magallanes, es la que la presenta el mayor porcentaje nacional de prematuros no extremos (32 a 36 semanas) [5].

TABLA N° 10.
PORCENTAJE DE PREMATUROS SEGÚN SEMANAS DE GESTACIÓN POR REGIÓN AÑO 2010

REGIÓN	PREMATURO EXTREMO (24 A 31 SEMANAS)	PREMATURO NO EXTREMO (32 A 36 SEMANAS)	PREMATURO (24 A 36 SEMANAS)	N° TOTAL PREMATUROS
De Arica y Parinacota	0,7%	3,9%	4,7%	171
De Tarapacá	0,8%	4,5%	5,3%	301
De Antofagasta	1,0%	6,8%	7,9%	789
De Atacama	1,0%	5,4%	6,4%	323
De Coquimbo	1,1%	5,1%	6,2%	692
De Valparaíso	1,0%	5,8%	6,9%	1.633
Metropolitana	1,2%	6,9%	8,1%	8.144
Del Libertador B. O'Higgins	0,9%	5,5%	6,4%	812
Del Maule	0,9%	4,8%	5,8%	812
Del Bío Bío	1,0%	5,6%	6,6%	1.877
De La Araucanía	1,1%	5,2%	6,3%	843
De Los Ríos	0,9%	5,3%	6,2%	336
De Los Lagos	1,0%	5,9%	6,9%	855
De Aysén	0,9%	5,6%	6,5%	106
De Magallanes	0,9%	7,1%	8,0%	180
Total País	1,1%	6,1%	7,1%	17.874

Fuente: DEIS, 2013

MALNUTRICIÓN POR EXCESO

La malnutrición por exceso (obesidad o sobrepeso) es actualmente un problema de salud pública por las consecuencias biológicas, psicosociales y económicas que tiene en la población.

Las causas principales están focalizadas en la alta ingesta calórica, sodio y escasa actividad física de la población, produciendo además inequidades importantes por nivel socioeconómico.

El índice de masa corporal (IMC) elevado es predictor de hipertensión arterial, y la obesidad e historia de dislipidemia se relacionan con riesgo cardiovascular y otras enfermedades crónicas. La malnutrición temprana, ya desde el período fetal, puede conducir a resistencia insulínica y diabetes mellitus después de los 50 años. Además condiciona un mal desarrollo cerebral, mal crecimiento corporal, alteración de la masa muscular y programación metabólica, menor capacidad cognitiva y bajo rendimiento escolar [10].

La malnutrición por exceso es uno de los fenómenos que tiene una prevalencia alta y creciente desde los primeros años de vida. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 6 años a nivel

nacional ha crecido pronunciadamente en los últimos años, se estima que desde el 2005 al 2011 hubo un crecimiento de un 51,4%, especialmente a expensas del sobrepeso [5].

Durante el 2011, del total de menores de 6 años que se controlaron en el sistema de salud público, el 33% tenía malnutrición por exceso, del cual el 30% estaba obeso y el 70% con sobrepeso.

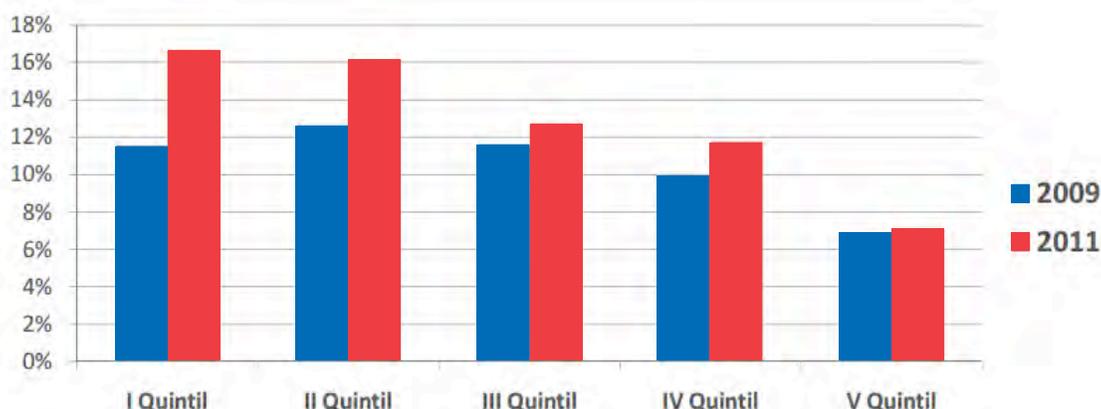
GRÁFICO N° 7.
PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MENORES DE 6 AÑOS
BAJO CONTROL EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD 2005-2011



Fuente: DEIS, 2012

La prevalencia de obesidad no solamente está determinada por la ingesta y actividad física, sino también por el impacto que producen los determinantes sociales en la familia y la comunidad. La literatura científica reconoce que el combate contra la obesidad exige un cambio estructural que incida en el ambiente obesogénico actual de los países en vías de desarrollo, haciendo énfasis en promover un abordaje efectivo que abarque distintos sectores de la comunidad, incluyendo a la población que se encuentra en desventaja debido a su posición socioeconómica (jerarquía social y estratificación de la sociedad) desfavorable y donde la obesidad tiende a una prevalencia más alta. Efectivamente, si se comparan los índices de malnutrición por exceso por quintil, se observa que el número de niños y niñas con sobrepeso aumenta en un 20% en el estrato más vulnerable. En el estrato de mayor pobreza, la Obesidad aumentó a un 44% en sólo dos años [15].

GRÁFICO N° 8.
NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON SOBREPESO U OBESIDAD POR QUINTIL



Fuente: CASEN, 2011

En la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2004, iniciativa de la OMS, se consultó a los alumnos por el consumo durante la última semana de algunos alimentos tales como: leche, frutas, verduras, snacks, golosinas y bebidas azucaradas, algunos de sus resultados fueron [16]:

- Entre 29% y 39% de los alumnos consumió leche o yogurt todos los días (proporción que es significativamente superior en la R.M. y VIII región).
- La proporción de alumnos que consumió diariamente leche fue inferior al que consumió bebidas azucaradas en las regiones I, V y Metropolitana.
- El consumo diario de frutas bordeó el 20% en todas las regiones.
- El consumo de verduras todos los días se encontró entre el 30 y 37%, sin diferencias entre las regiones

DÉFICIT Y REZAGO DEL DESARROLLO INFANTIL

El desarrollo de todos las carencias infantiles tiene relación con varias variables, como las habilidades que madres y padres poseen para la crianza, la posibilidad de contar con acceso a jardín infantil, las estrategias de prevención de enfermedades y promoción de la salud, condiciones medioambientales, aspectos socioeconómicos y culturales en las que se crece, etc [17].

Chile se ha planteado como uno de los objetivos sanitarios de la próxima década, la disminución del rezago en la población menor a 5 años, ya que el rezago influye fundamentalmente en la adquisición de destrezas y habilidades, lo que a su vez condiciona su calidad de vida durante la infancia y en las etapas posteriores, limitando las posibilidades de rendimiento escolar y posibilidades de inserción social en el futuro.

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (2006), cerca de un 25% de los niños y niñas no alcanzaba todos los hitos del desarrollo esperables para su edad, lo cual se denomina Rezagado y un 11% no alcanzaba los hitos del desarrollo esperables para el tramo etario anterior, Retrasado. Cabe

destacar que estas cifras de rezago son medidas por un instrumento de tamizaje poblacional en la ENCAVI, a diferencia de las cifras de rezago, riesgo y retraso que se manejan en el ámbito de salud que reflejan resultados de tests de diagnóstico clínico [18] [19].

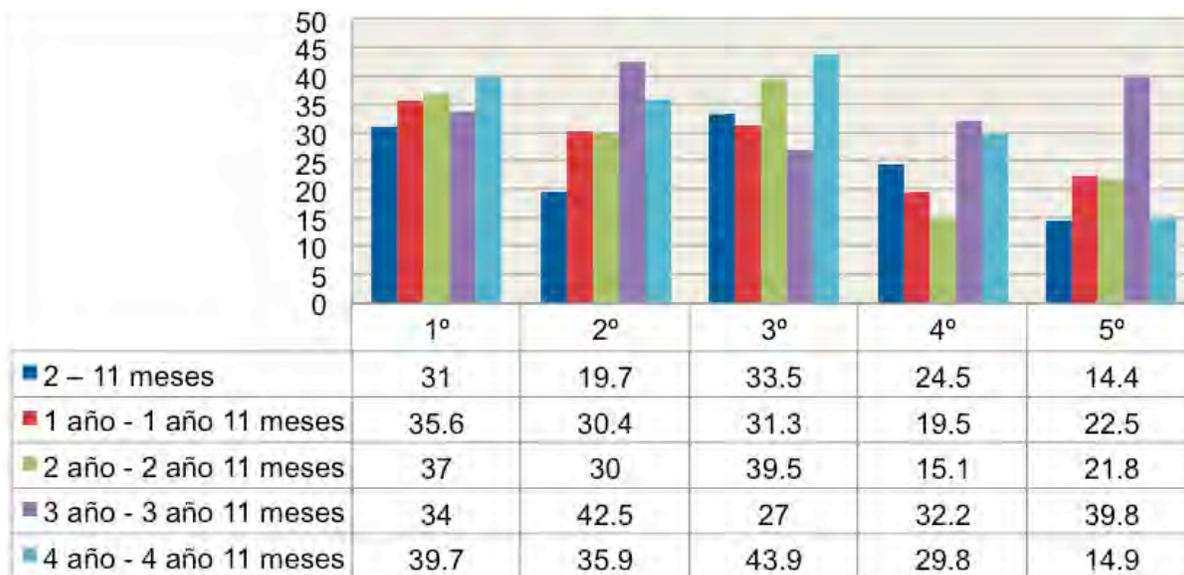
TABLA N° 11.
PREVALENCIA DE REZAGO SEGÚN EDAD, MENORES DE 5 AÑOS

RANGO ETARIO	N TOTAL	% PREVALENCIA	IC. 95%
2 - 6 meses	91.212	24%	24,3 - 24,6
7 - 11 meses	102.312	22%	21,8 - 22,0
1 año - 1 año 11 meses	245.172	25%	25,0 - 25,2
2 año - 2 año 11 meses	266.037	24%	24,3 - 24,4
3 año - 3 año 11 meses	254.847	23%	23,2 - 23,3
4 año - 4 año 11 meses	261906	29%	29,4 - 29,5
Total	1221482	25,5%	25,1 - 25,2

Fuente: ENCAVI, 2006

Al mismo tiempo, el estudio reveló las inequidades en la distribución de los rezagos del desarrollo según quintil de ingreso familiar, especialmente dentro del primer y cuarto año de vida. Así la proporción de niños y niñas con rezago del desarrollo de los quintiles superiores tienden a ser más bajos que la proporción de menores que pertenecen a hogares de nivel socioeconómico bajos.

GRÁFICO N° 9.
PREVALENCIA TOTAL (%) DE REZAGO SEGÚN QUINTIL DE INGRESO MENORES DE 5 AÑOS



ACCIDENTES

Los accidentes en la infancia tienen un severo impacto en el área económica y en el desarrollo social, ya que implican un importante costo, tanto de índole asistencial, como en atención al número de años perdidos de productividad, sea por el período de internación hospitalaria como por invalidez temporal o permanente que pueden condicionar.

Las defunciones por causas externas significan un 38,0% de las muertes totales de niños y niñas de edad entre 1 a 9 años, mientras que en la población mayor de 10 años esta cifra baja a un 8,5% [5].

Entre 1 y 4 años las causas específicas de muerte más frecuente son los accidentes del tránsito como peatón o pasajero, quemaduras por líquidos calientes o fuego y descargas eléctricas (enchufes), ahogamiento por inmersión, caídas e intoxicaciones. Entre 5 y 9 años son importantes los accidentes de tránsito, traumatismos por caídas e inmersión [20].

TABLA N° 12.
DEFUNCIONES POR CAUSAS EXTERNAS, SEGÚN RANGO ETARIO

AÑOS	TOTAL DEFUNCIONES	DEFUNCIONES POR CAUSAS EXTERNAS	PORCENTAJE
< 1	1.862	42	2,3%
1 a 4	312	113	36,2%
5 a 9	188	77	41,0%
Población menor de 10 años	2.362	232	9,8%
Población mayor de 10 años	95.568	8.153	8,5%

Fuente: DEIS, 2013

Por otra parte, los accidentes constituyen la tercera causa de egresos hospitalarios en menores de 10 años, y la segunda causa si se aísla a los mayores de 5 y menores de 10 años. Son mayores los egresos hospitalarios de niños (60,6%) que de niñas (39,4%) por causas como traumatismos, envenenamiento y otras causas externas [5].

TABLA N° 13.
CUATRO PRIMERAS CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS DE MENORES DE 10 AÑOS 2009

MOTIVOS	AÑOS		
	0-9	0-4	5-9
Enfermedades Sistema Respiratorio	61,2%	33,7%	27,5%
Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	22,6%	22,6%	0,0%
Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	20,6%	6,2%	14,4%
Enfermedades del Sistema Digestivo	18,2%	4,0%	14,2%

Fuente: DEIS, 2013

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA INFANCIA

La mitad de los trastornos mentales que sufre la población adulta provienen de la infancia, por ello su presencia genera a lo largo de la vida graves afectaciones al desarrollo emocional, intelectual y social de quienes los padecen, dañando el autoestima, el desempeño y la adaptación al sistema escolar, junto con alterar profundamente la dinámica familiar [21]. La edad modula la presentación y expresión de los trastornos mentales, como lo vemos en la tabla siguiente. La mayoría de estas condiciones con un diagnóstico precoz y manejo integral pueden permitir el desarrollo de una vida normal.

TABLA N° 14.
EDAD DE COMIENZO DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

TRASTORNO	AÑOS																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Vínculo																		
Trastornos Gen del Desarrollo																		
Trastornos de la Conducta																		
Trastornos Afectivos y Ansiosos																		
Consumo de Drogas																		
Psicosis del Adulto																		

Fuente: OMS, 2005

El problema de salud mental han aumentado considerablemente en las últimas décadas, lo que se presume está asociado a la urbanización, globalización, cambios en la estructura familiar, incremento en las exigencias vocacionales, desempleo y precarización del trabajo juvenil, y a la pobreza, entre otras causas. Según estimaciones de la OMS, entre un 10 y 20% de los NNA padecen de trastornos psiquiátricos, y son tratados correctamente sólo alrededor de un 20% de ellos. En esta década se llevó a cabo el primer estudio de prevalencia de patologías psiquiátrica en la población chilena entre 4 y 18 años, diseñándose sobre una muestra representativa de 4 provincias: Iquique, Santiago, Concepción y Cautín [22]. Ver tabla N° 15.

TABLA N° 15.
PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL ÚLTIMO AÑO
SIN IMPEDIMENTO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

TRASTORNOS	TOTAL		HOMBRES		MUJERES		4-11 AÑOS		12-18 AÑOS	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Trastornos ansiosos	18.5	1.1	13.8	1.4	23.5	2.1	21.0	1.8	15.7	1.9
Fobia social	5.5	0.9	2.9	0.8	8.2	1.6	5.9	1.2	5.1	1.3
Trastorno de ansiedad generalizada	8.2	0.9	6.2	1.3	10.3	1.3	8.0	1.7	8.4	1.6
Trastorno por ansiedad de separación	10.2	8.8	7.3	0.9	13.1	1.3	13.4	1.2	6.5	1.5
Trastornos afectivos	6.1	0.8	3.7	1.0	8.6	1.4	3.8	1.1	8.6	1.2
Trastorno depresivo mayor	5.9	0.8	3.6	1.0	8.4	1.4	3.8	1.1	8.3	1.1
Distimia	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.04	0.03	0.3	0.2
Trastornos por componente disruptivo	21.8	1.8	19.9	2.1	23.7	2.8	29.7	3.7	12.8	1.4
Trastorno disocial	3.7	0.5	4.4	0.9	3.0	0.7	1.2	0.3	6.5	1.0
Trastornos oposicionista desafiante	8.7	1.0	7.5	1.1	9.9	1.4	11.8	1.5	5.1	1.2
TDAH	15.1	1.2	13.7	1.6	16.6	2.2	23.9	2.2	5.4	1.4
Trastornos por consumo de sustancias	4.8	0.8	4.6	1.0	4.9	1.0	-	-	10.1	1.7
Abuso de alcohol	1.9	0.6	2.4	0.8	1.3	0.8	-	-	4.0	1.3
Dependencia de alcohol	1.7	0.4	1.5	0.5	1.9	0.7	-	-	3.6	0.9
Abuso de Marihuana	0.4	0.2	0.2	0.1	0.6	0.4	-	-	0.9	0.3
Dependencia de Marihuana	0.4	0.2	0.3	0.2	0.5	0.2	-	-	0.9	0.3
Dependencia de nicotina	1.6	0.4	1.4	0.5	1.8	0.6	-	-	3.4	0.8
Abuso de otras sustancias	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	-	-	0.4	0.2
Dependencia de otras sustancias	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	-	-	0.4	0.2
Trastornos Alimenticios	0.3	0.2	0.05	0.05	0.5	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3
Esquizofrenia	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3
Cualquier Trastornos	38.3	2.3	33.5	2.5	43.3	3.6	42.9	3.6	33.2	2.4

Fuente: Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias, 2012

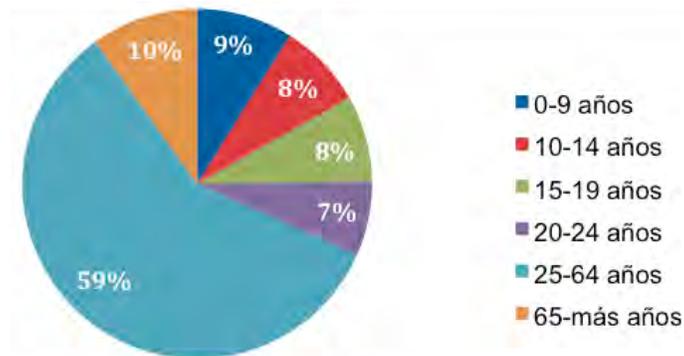
El perfil epidemiológico de los trastornos mentales y del comportamiento en la población infantil chilena, coincide, en términos generales, con los de otros países. A edades más tempranas son más frecuentes los trastornos del comportamiento, mientras que más tarde se presentan mayormente alteraciones de índole ansiosa y afectiva.

De acuerdo a este estudio el 38,3% de los NNA de 4 a 18 años, presentan algún trastorno psiquiátrico, (35,5% para hombres y 43,3% para mujeres). La mayor prevalencia se da en los trastornos disruptivos (21,8%), seguido por los trastornos ansioso (18,5%) y los trastornos afectivos (6,1%).

Al observar específicamente la población de niños y niñas entre 4 y 11 años la prevalencia de trastornos mentales aumenta a un 42,9%. El 29,7% de ellos corresponde a trastornos conductuales y disruptivos, en segundo lugar se encuentra el trastorno por déficit atencional e hiperactividad (23,9%), seguido de los trastornos de ansiedad (21%), con una mayor prevalencia de la ansiedad de separación (13,4%), y finalmente los trastornos afectivos (3,8%).

Muchos de estos trastornos y problemas de salud mental continúan presentes a lo largo de la vida adulta, y algunos de ellos aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos concomitantes. Ahora bien, respecto a la población bajo control que se atiende en el sistema público de salud por trastornos mentales, se observó durante el 2010 que un 9% correspondía a menores de 10 años, de un total de 606.371 personas. Es interesante mencionar, que en el rango etario de 0 a 14 años se registran mayores ingresos de hombres (cercano al del 60%), tendencia que se va revirtiendo a medida que se observan rangos etarios superiores, en los cuales predominan los ingresos de mujeres.

GRÁFICO N° 10.
POBLACIÓN BAJO CONTROL QUE INGRESAN A PROGRAMA DE SALUD MENTAL SEGÚN EDAD 2010



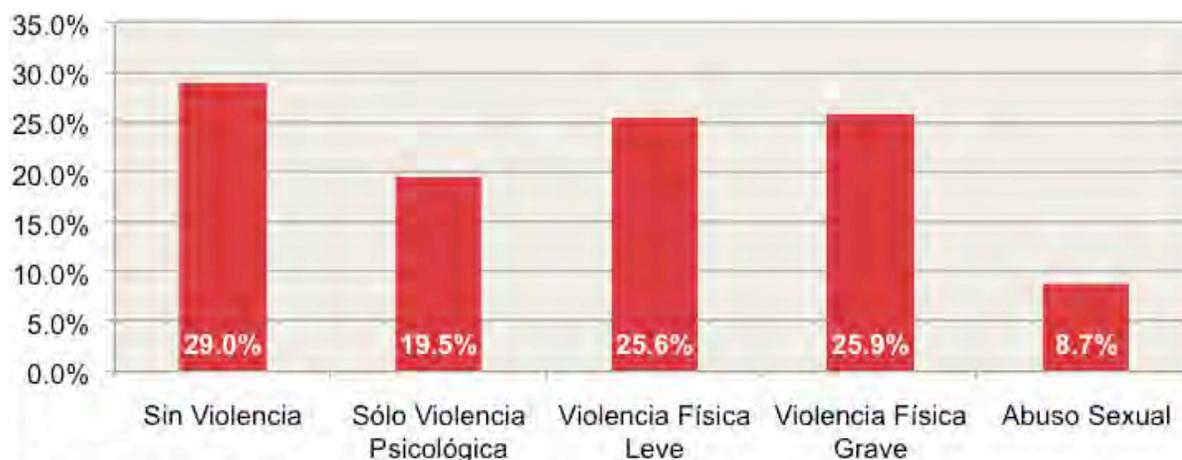
Fuente: Base a Datos DEIS, 2010

MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL

De acuerdo al "Estudio de Maltrato Infantil" realizado por UNICEF en el año 2012, el 71% de los niños y las niñas sufren algún tipo de violencia por parte de su padre o madre; de ellos, el 25,6% reciben violencia física leve (lanzamiento de objetos, tirones de pelo y u orejas, empujones o zamarreos, cachetadas o palmadas), el 25,9% sufre violencia física grave (pateaduras, mordeduras, puñetazos, quemaduras, golpizas, amenazas con cuchillos o armas, uso de cuchillos para agredir) y el 19,5% sufre violencia psicológica (gritos, insultos, garabatos, burlas ante otros, amenazas de golpear, no se les habla por un período prolongado, encierros) [23].

La prevalencia de abuso sexual corresponde al 8,7%, y en promedio el primer episodio ocurre a los 8 años y medio. Los factores de riesgo asociados son: sexo femenino (el 75% de las víctimas son mujeres), existencia de agresión física entre los padres (en el 40% de los casos detectados), nivel socioeconómico bajo (10,8%, casi el doble de los estratos medio y alto) [23].

GRÁFICO N° 11.
PREVALENCIA DE VIOLENCIA SEGÚN TIPO, EN ESCOLARES



Fuente: UNICEF, 2012

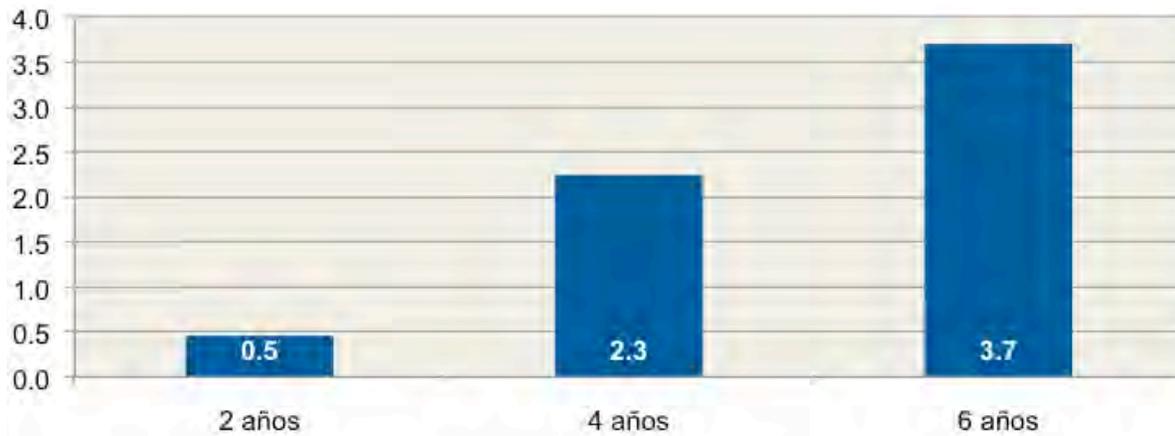
SALUD BUCODENTAL

La salud bucodentaria es una prioridad para nuestro país, dado que a pesar del nivel de desarrollo alcanzado, cercano a un país desarrollado, siguen presentándose en un alto porcentaje de la población caries dentales.

La caries repercute en la calidad de vida en la infancia (dolor, ausentismo escolar), tienen un alto impacto económico (costos del tratamiento, ausentismo laboral de la madre y/o el padre) y se asocian a caries en dentición permanente. Estos problemas pueden ser evitados mediante estrategias promocionales y preventivas, de bajo costo.

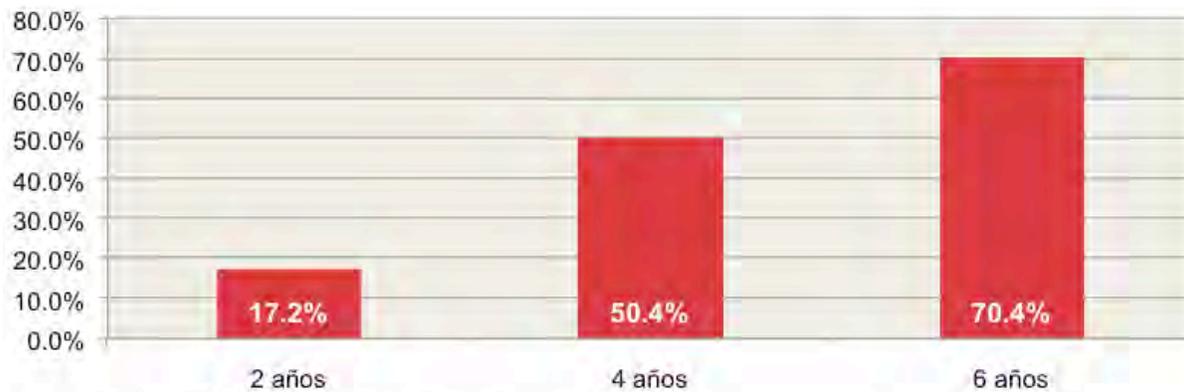
Las caries dentales se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad, tanto en frecuencia como en severidad.

GRÁFICO N° 12.
SEVERIDAD DE LAS CARIES SEGÚN ÍNDICE CEOD EN DIENTES TEMPORALES



Fuente: Departamento de Salud Bucal, MINSAL 2012

GRÁFICO N° 13.
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS CON CARIES POR EDAD



Fuente: Departamento de Salud Bucal, MINSAL 2012

En este problema de salud, al igual que en la mayoría de los problemas que afectan a los niños y niñas hoy en Chile, existen diferencias significativas en la prevalencia de caries según el nivel socioeconómico y vulnerabilidad de la familia, que refuerzan la necesidad de seguir trabajando en pos de la equidad. Es así como, a los 2 años de edad, el nivel socioeconómico bajo presenta una prevalencia de caries de un 12% mayor que el nivel socioeconómico alto, a los 4 años la diferencia entre niveles es de un 28% y a los 6 años de existe una diferencia del 38% entre nivel socioeconómico. El análisis de algunos factores de riesgo asociado a diferencias socioeconómicas muestra diferencias en la forma de alimentación y hábitos de cepillado [24].

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD (NANEAS)

Los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) son aquellos que tienen el riesgo o la presencia de una condición física, del desarrollo, del comportamiento o emocional de tipo crónica, que requiere atención de salud especial y en mayor cantidad que lo requerido por el promedio de los niños y niñas [25]. Son un grupo heterogéneo que presentan distintos problemas de salud que impactan en su calidad de vida y la de sus familias, por ejemplo: problemas derivados de la prematuridad, malformaciones congénitas, genopatías y enfermedades crónicas de la infancia.

El grupo de niños y niñas con necesidades especiales ha ido aumentando en las últimas décadas, producto de los cambios epidemiológicos y avances tecnológicos. A nivel nacional no se conoce la prevalencia ni las características específicas de este grupo, sin embargo, la Encuesta de calidad de vida y Salud muestra que los problemas crónicos más frecuentemente reportados en menores de 15 años son: La enfermedad respiratoria crónica (15,7%), los problemas de visión (8,9%) y los problemas derivados de la prematuridad [19]. Por otra parte, el primer estudio nacional de la discapacidad realizado por FONADIS, mostró que cerca del 13% de la población presenta algún tipo de discapacidad, siendo el 5,7% del total de discapacitados menores de 15 años [26].

Estudios en países desarrollados muestran una alta tasa de NANEAS, donde su incidencia es mayor en hombres y aumenta a mayor edad [27] y se caracteriza por ser variable en el tiempo. Cuando se incluyen todos los niños y las niñas con alguna necesidad especial en salud, independiente de su complejidad, la prevalencia alcanza un 13 a 19% de la población infantil, donde las patologías más frecuentemente encontradas son obesidad, asma y alergias [27]. En Chile existen grupos de NANEAS cuyas necesidades de salud se encuentran ya cubiertas por programas específicos (prematuros, menores con enfermedades respiratorias crónicas -IRA, AVNI- o con malnutrición por déficit y por exceso).

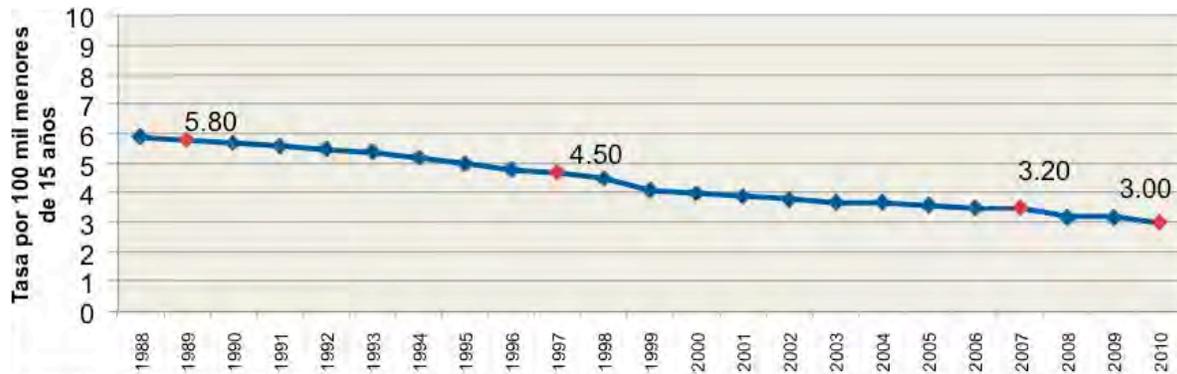
Históricamente, la supervisión de salud de NANEAS ha sido efectuada por grupos de especialistas en centros de atención secundaria y terciaria, salvo excepciones. Esto ha sucedido por diversos factores, dentro de ellos, el conocimiento de las necesidades y disponibilidad de recursos en los niveles de atención de mayor complejidad, y la formación de un vínculo afectivo entre el paciente, familia y equipo de especialistas. Esto hace que muchas veces los NANEAS y sus familias queden desvinculados de sus centros de atención familiar y de los beneficios propios de la Atención Primaria de Salud y red municipal.

Considerando lo anterior, una prioridad para el Programa Nacional de Salud de la Infancia es introducir en forma progresiva la atención de este grupo de niños y niñas en todos los niveles de la red asistencial, priorizando la supervisión de salud de baja complejidad en la atención primaria de salud (referencia norma técnica), con miras a contribuir al óptimo desarrollo en su contexto familiar, social y comunitario.

CÁNCER INFANTIL

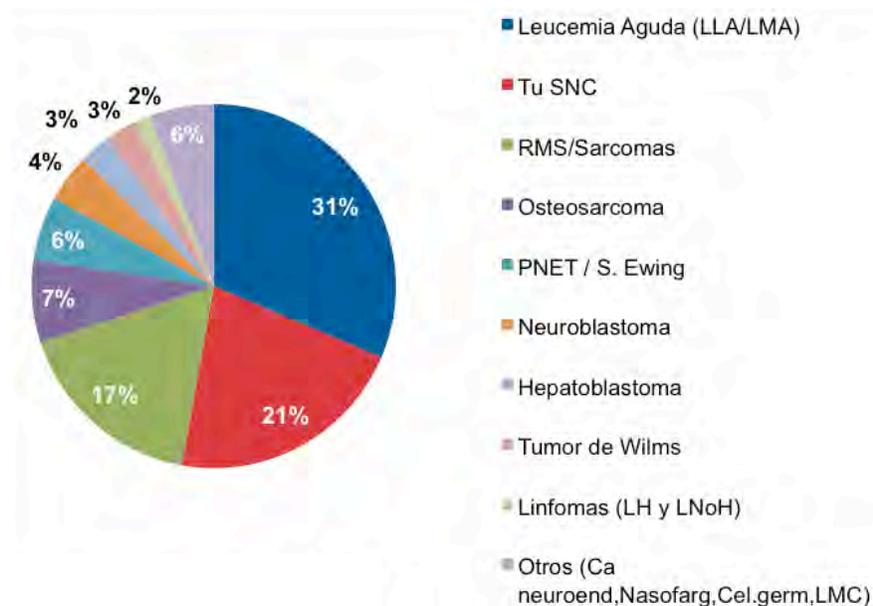
Una de las causas influyentes en la mortalidad en la niñez y la adolescencia, es por tumores o cáncer. En el año 1998 nace el programa PINDA (Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas del Niño) y en el año 2003 se efectúa el piloto auge para otorgar garantías de acceso y oportunidad en la atención, y posteriormente en el año 2006 se incorporan al GES todos los cánceres infantiles [28].

GRÁFICO N° 14.
MORTALIDAD POR CÁNCER INFANTIL 1988 AL 2011



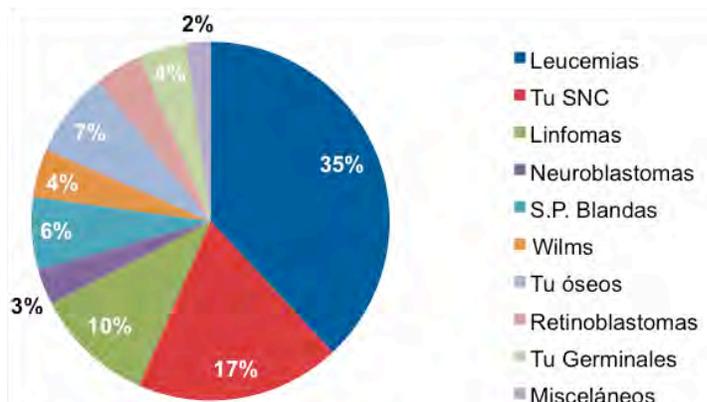
Durante el 2010 se registraron 126 defunciones por cáncer de menores de 15 años, de los cuales 31% correspondía a Leucemia Aguda, 21% a tumores del Sistema Nervioso central y 17% Rabdomyosarcoma [29].

GRÁFICO N° 15.
MORTALIDAD POR CÁNCER EN MENORES DE 15 AÑOS



Fuente: Base de datos PINDA 2011

GRÁFICO N° 16.
INCIDENCIA DE CÁNCER SEGÚN LOCALIZACIÓN



Fuente: Base de datos PINDA 2011



3. DETERMINANTES DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA INFANCIA

Las circunstancias sociales o condiciones en que los niños y las niñas nacen y crecen tienen un impacto en su salud y calidad de vida. Estos factores son los que explican la mayoría de las inequidades de salud, ya que inciden en las posibilidades de desarrollo biopsicosocial durante infancia, lo cual a su vez será determinante para la salud de las siguientes etapas del ciclo vital. A continuación se exponen algunos de estas condiciones:

POBREZA E INFANCIA

La UNICEF define pobreza infantil como “privación de los recursos materiales, espirituales y emocionales necesarios para sobrevivir, desarrollarse y prosperar, lo que les impide disfrutar sus derechos, alcanzar su pleno potencial o participar como miembros plenos y en pie de igualdad de la sociedad” [3] (Estado Mundial de la Infancia, 2005, UNICEF).

El nivel socioeconómico incide en las condiciones socio-ambientales, entorno familiar y calidad de vida en que se desarrollan los niños y las niñas [30].

En el país un 14,4% de la población infantil vive en situación de pobreza material, del cual un 2,8% corresponde a personas que viven en situación de extrema pobreza (indigencia) Tabla N° 9. Desde la década de los 90 la reducción de la pobreza ha sido una constante en Chile [15], sin embargo, esta disminución no ha logrado revertir el hecho de que niños, niñas y adolescentes son proporcionalmente más pobres que el resto de la población. La pobreza en menores de 3 años es un 67% mayor que la pobreza de la población total, y en menores de entre 4 y 13 años es de un 63,8%.

TABLA N° 16.
PORCENTAJE DE POBLACIÓN INFANTIL EN SITUACIÓN DE POBREZA Y POBREZA EXTREMA

RANGO ETARIO	POBREZA TOTAL	POBREZA NO EXTREMA	EXTREMA POBREZA
0 a 3	24,0	19,4	4,6
4 a 5	23,6	18,5	5,1
6 a 13	23,6	18,9	4,7
Población Total	14,4	11,6	2,8

Fuente: CASEN, 2011

La distribución de la pobreza a nivel regional nos muestra las diferencias que existen a lo largo del país, existiendo en mayor proporción en las regiones de la Araucanía, Bío Bío y Los Ríos, mientras que las regiones de Magallanes y Antofagasta son las que presentan menores índices de pobreza en menores de 3 años.

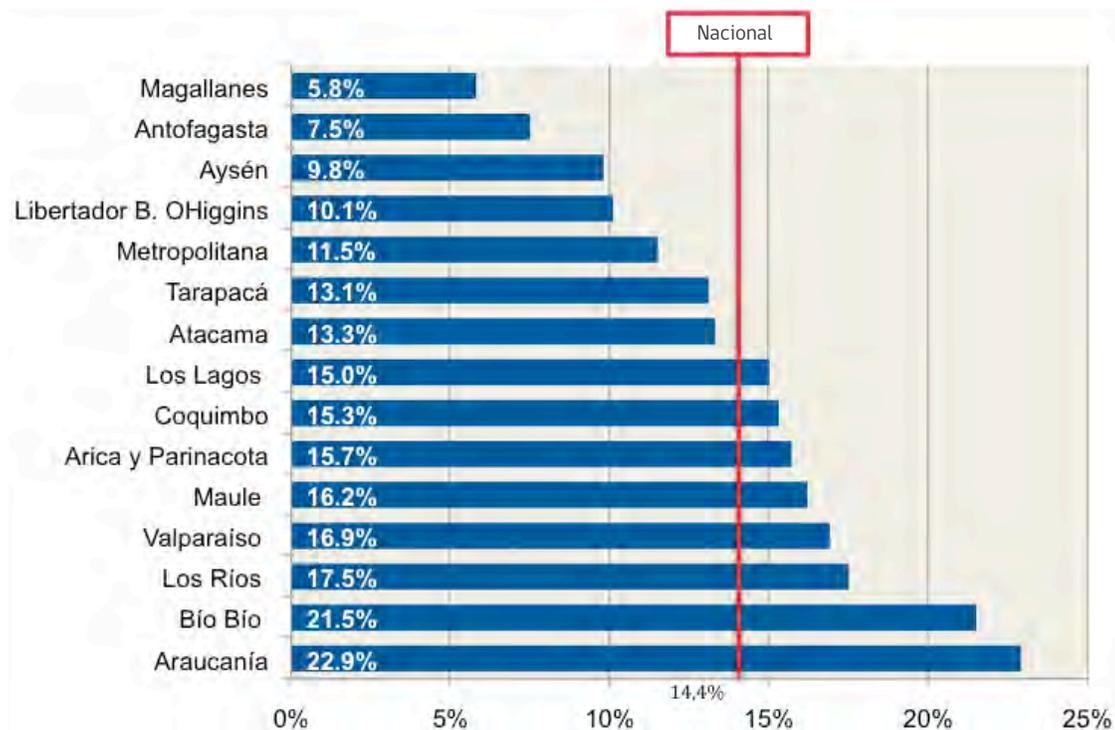
GRÁFICO N° 17.
DISTRIBUCIÓN DE POBREZA EN FAMILIAS CON Y SIN NIÑOS



Fuente: CASEN, 2011

En Chile las familias con hijos o hijas en edad de infancia y adolescencia (52,3% del total de hogares) presentan 3.3 veces mayor pobreza que las familias sin hijos o hijas (Gráfico N° 4). Otras características de los hogares que presentan pobreza son jefatura femenina (51,3%), desocupación (41,5%) y menor promedio de años de escolaridad del jefe de hogar (9,3%) [15].

GRÁFICO N° 18.
SITUACIÓN DE POBREZA POR REGIÓN



Fuente: CASEN, 2011

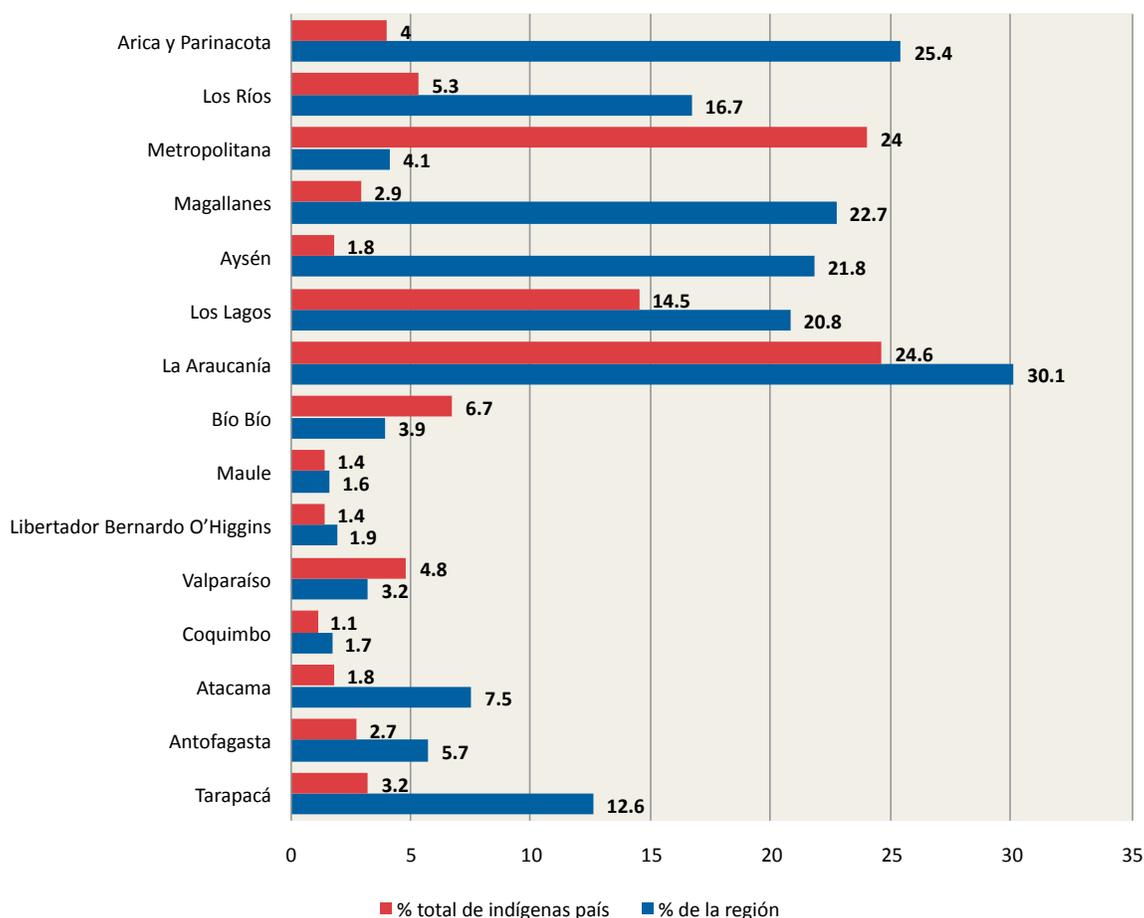
NIÑOS Y NIÑAS DE PUEBLOS ORIGINARIOS

Según la encuesta CASEN 2009 la población perteneciente a los pueblos originarios representa el 6,9% del total de la población, proporción con tendencia al aumento si se observa el 4,6% reportado en el CENSO 2002. En la Región de la Araucanía, Metropolitana y de Los Lagos reside el 63,1% de la población perteneciente a los pueblos originarios del país (Gráfico N° 19).

La pobreza en la población de pueblos originarios es mayor que en la población no indígena, sin embargo esta brecha ha ido disminuyendo en los últimos quince años. En el año 1996 la población indígena era un 54,6% más pobre que la no indígena, mientras que en el año 2011 la población indígena era un 37,1% más pobre.

Aunque la participación de niños y niñas pertenecientes a pueblos originarios en la educación preescolar y escolar es similar a la de la población no indígena [4], un estudio del PNUD revela que existe una significativa brecha en la tasa de conclusión de la enseñanza media, que en población indígena es 10 puntos porcentuales menor (73.7%) que en el resto de la población (82.1%) [31]. Incluso, aunque logren la educación universitaria, las remuneraciones son más bajas que aquellos que no pertenecen a pueblos originarios.

GRÁFICO N° 19.
DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN INDÍGENA POR REGIÓN 2009



Fuente: CASEN, 2009

El enfoque intercultural implica vivir en una sociedad donde la diversidad cultural se reconoce como legítima y donde las diferencias culturales se consideran una riqueza común y no un factor de división. Sin embargo en Chile sólo el 10,6% de los niños y niñas menores de 10 años entiende o habla su lengua originaria [4]. Así también, la imagen que existe de los niños y las niñas pertenecientes a pueblos originarios es objeto de discriminación aún por los más pequeños. El estudio “La Voz de los Niños, Niñas y Adolescentes y Discriminación” realizado por la UNICEF en 2011, revela que 16,4% considera que las personas indígenas no son igual de capaces que las no indígenas, siendo los niños y niñas de los colegios municipales quienes evidencian mayores porcentajes de discriminación (22,3%) que los niños y niñas de colegios particulares subvencionados (15,1%) y particulares pagados (12,6%) [32].

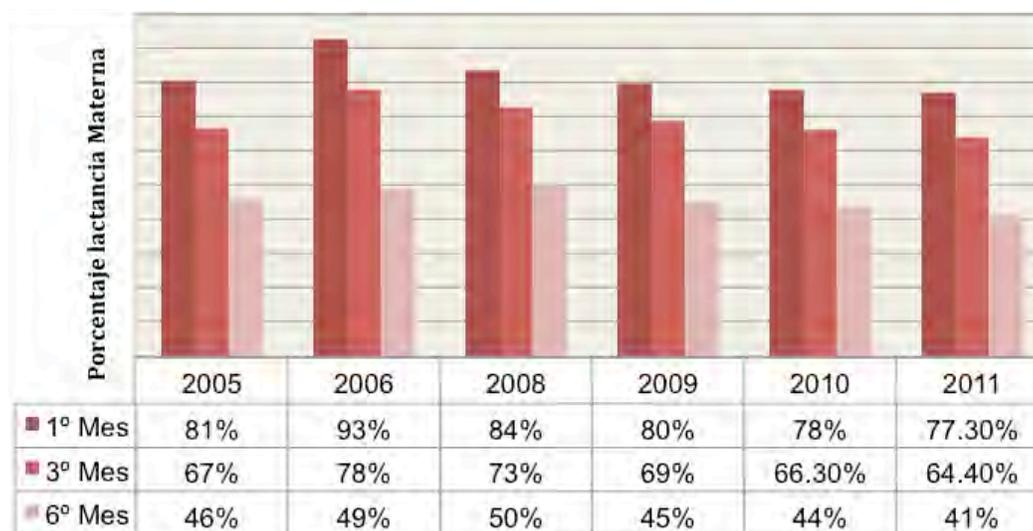
LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna exclusiva según recomendaciones de la OMS debe mantenerse hasta los 6 meses de vida del bebé, hoy en día gracias a la Ley 20.545 las mujeres trabajadoras pueden cumplir con esta indicación [33]. La lactancia materna ha demostrado ser un factor protector importante, tanto para la calidad de vida durante la infancia, como para las otras etapas de la vida. Es por ello que hoy se debe procurar su prolongación al menos hasta los 6 meses del nacimiento siendo una línea estratégica de salud pública.

Según registros del MINSAL durante el 2012 el 42,5% de las mujeres que se atienden en el sector público de salud alimentaron a sus hijos e hijas con lactancia materna exclusiva, hasta el sexto mes, siendo las regiones de La Araucanía (53,2%) y Arica Parinacota (47,1%) las que tienen los índices más elevados [5].

Después de cumplidos los 6 meses se recomienda continuar con lactancia materna, además de introducir alimentación complementaria apropiada por 2 años o más [33].

GRÁFICO N° 20.
PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA AL 1º, 3º Y 6º MES



Fuente: DEIS, MINSAL 2012

PERFIL DEL CUIDADOR O CUIDADORA PRINCIPAL

El cuidador o cuidadora principal, representa un pilar fundamental para el cuidado, desarrollo, educación y calidad de vida de niños y niñas. Según la Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia (ELPI), la mayoría de los cuidadores principales son las madres biológicas (98,9%), seguido por abuelos y abuelas (0,6%) [34].

El 40,6% de los cuidadores principales cumplió la educación media completa, 0,3% reporta no tener educación formal y un 13,2% posee educación universitaria. En términos de la situación ocupacional de los cuidadores principales según quintil de ingreso, del total de ocupados, el 60% pertenece a los quintiles de mayores ingresos. Por su parte los desocupados se concentran en los 3 quintiles de menores ingresos.

La edad de los cuidadores principales es en el 60% de los hogares menor a 35 años, mientras que los mayores de 45 años representan el 2,3% del total de cuidadores. En relación a la edad de la madre y/o padre al momento de la gestación, el grupo mayoritario se encuentra entre 25 y 40 años (56% de las madres y 60% de los padres).

Del total de cuidadores ocupados, el 60% pertenece a los quintiles de mayores ingresos (IV y V). Los desocupados se concentran en los 3 quintiles de menores ingresos (I, II y III). De los inactivos el 40% no trabaja porque no tiene con quien dejar a sus hijos y el 36,5% por realizar los quehaceres del hogar. Respecto al tema previsional el 90% de los cuidadores pertenece a FONASA y un 7,4% a ISAPRE, lo que indica que probablemente la mayoría de los niños y niñas se atiendan en el sistema público de salud.

EDUCACIÓN INICIAL

Desde una perspectiva histórica, se observa que el porcentaje de niños y niñas que asisten a jardín infantil y salas cunas ha aumentado desde el año 2003 al 2011. Sin embargo es en los últimos años que este aumento se ha hecho más vertiginoso, registrándose un crecimiento del 36% de asistencia a jardines y del 29,5% a salas cunas entre el 2009 y 2011 [15].



Fuente: CASEN, 2011

En general, el porcentaje de asistencia a jardines infantiles aumenta a medida que sube el estrato socioeconómico, sin embargo no ocurre lo mismo con el porcentaje de niños y niñas que asiste a salas cunas, el cual se mantiene relativamente similar entre los distintos quintiles de ingreso [15].

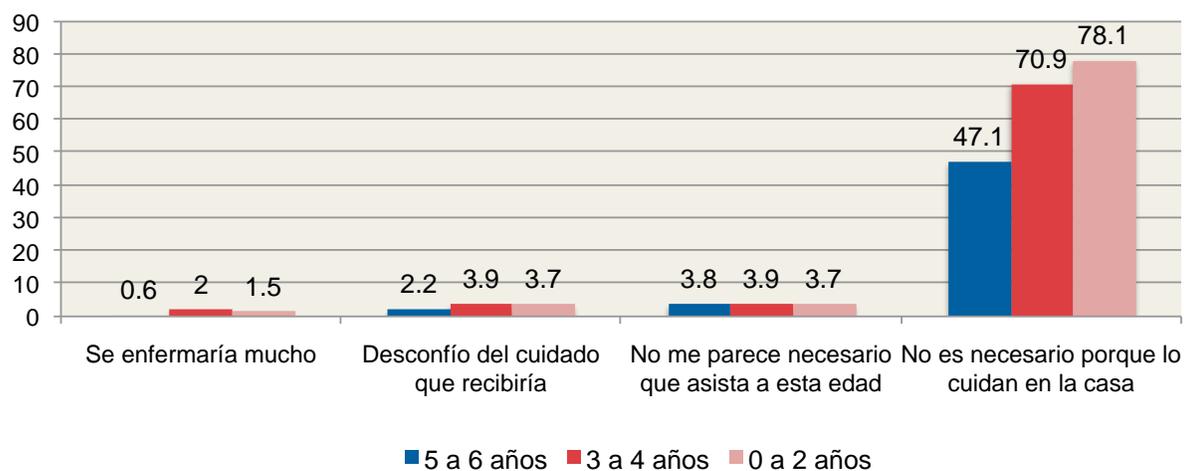
GRÁFICO N° 22.
ASISTENCIA A SALA CUNA Y JARDÍN INFANTIL POR QUINTIL



Fuente: CASEN, 2011

La principal causa indicada por los cuidadores para no enviar a sus hijos o hijas a educación preescolar, es que no lo consideran necesario porque tienen quien los cuide en la casa; al contrario de lo que se esperaría, el riesgo de enfermedades infectocontagiosas es una causa poco señalada. Esto demuestra que la integración de los niños y las niñas a la educación inicial, situación que favorece la estimulación temprana y el potencial de desarrollo infantil, por lo menos desde los 2 años en adelante es poco valorada por la población.

GRÁFICO N° 23.
CAUSAS REPORTADAS ASOCIADAS A NO CONCURRIR A EDUCACIÓN PREESCOLAR



Fuente: CASEN, 2011

ACTIVIDADES Y DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE NIÑOS Y NIÑAS

Respecto a la diversidad de actividades que pueden realizar las madres, padres y/o cuidadores principales con el niño o niña menores de 5 años, en la Encuesta Nacional de Primera Infancia, se obtuvo que [35]:

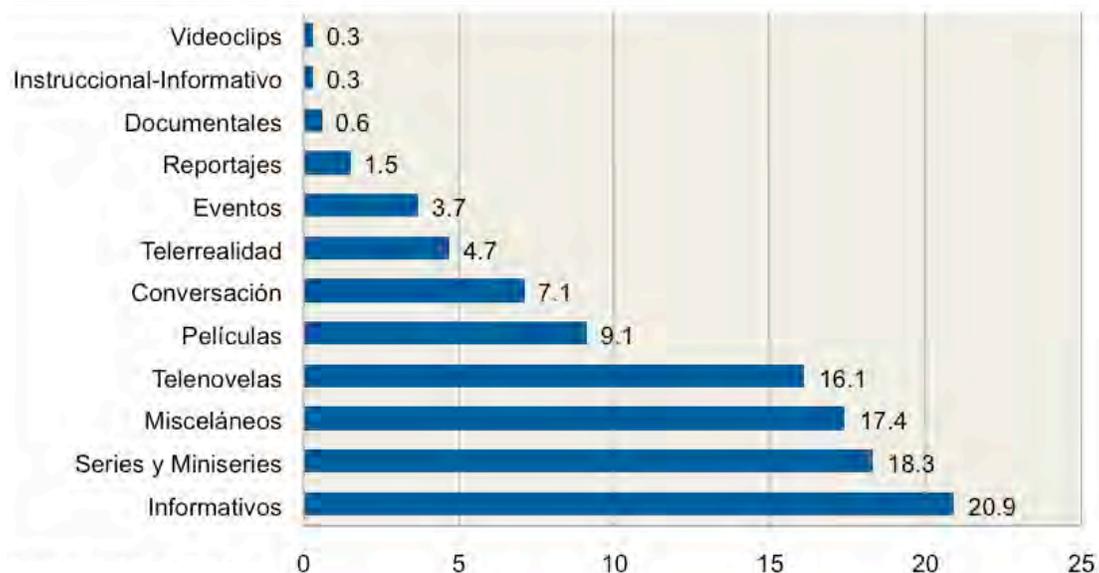
- El 40% de los cuidadores no le lee ni le cuenta historias al niño o niña.
- El 36% de los responsables no pinta o escribe con el niño o la niña, 29% lo hace 1 o 2 veces por semana, el 22% 3 a 4 veces.
- 57% de los responsables del niño o la niña no realiza actividades deportivas y un 27% lo hace 1 a 2 veces por semana.

Al considerar el lugar donde preferentemente juegan los niños y las niñas, se exhibe que el 67% lo hace al interior del hogar, el 21% lo hace en un patio y el 7% lo hace en el jardín o colegio [35]. A esto se suma que alrededor del 70% de los menores de 3 años ven televisión [36].

El *Anuario Estadístico: Oferta y Consumo de Programación en Televisión 2011* del CNTV indicó que los niños y las niñas de entre 4 a 12 años están expuestos casi 2 horas diarias, donde el 23,6% del tiempo de consumo de programas televisivos se dio en horario no protegido para menores, proporción mayor a la registrada el 2010 (21%). Los géneros televisivos más consumidos por este grupo corresponden a informativos (20,9%) y miniserias (18,3%) [37].

Aparte de las horas de televisión hay que sumar las horas en que los niños y niñas se encuentran en el computador o jugando videojuegos.

GRÁFICO N° 24.
HORAS DE EXPOSICIÓN A LA TELEVISIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (4 A 12 AÑOS)



Fuente: CASEN, 2011

NIÑOS Y NIÑAS CON VULNERACIÓN DE SUS DERECHOS

Los niños y las niñas son un grupo especialmente frágil. Muchas veces son las víctimas más desprotegidas, expuestas a sufrir abusos y/o violencia. La vulneración de derechos en la infancia, aparte de constituirse como un delito, está asociada a graves problemas de salud físicos como mentales, poniendo en riesgo la vida de quienes lo sufren.

En Chile, del total de niños, niñas y adolescentes que ingresaron a la red de protección SENAME durante el primer trimestre del 2012, 55% correspondía a menores de 10 años, de los cuales el 31,2% tenía entre 8 a 9 años y el 50,8% son hombres.

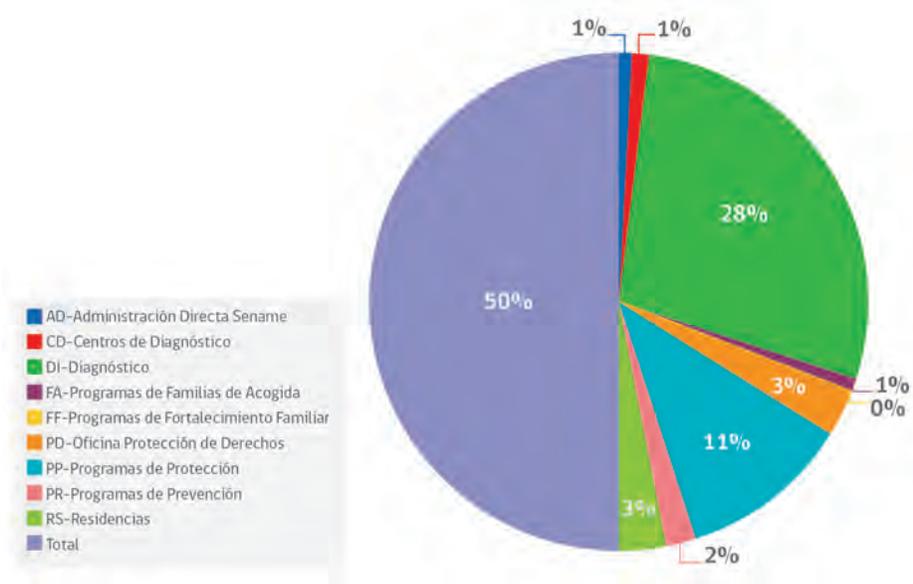
TABLA N° 17.
NIÑOS Y NIÑAS QUE INGRESARON A LA RED SENAME, SEGÚN EDAD Y SEXO

RANGO ETARIO	MUJER	HOMBRE	TOTAL	%
0 a 1 año	460	474	934	3,6%
1 a 3 años	2.499	2.593	5.092	20,0%
4 a 5 años	2.601	2.557	5.158	20,0 %
6 a 7 años	3.279	3.479	6.758	26%
8 a 9 años	3.992	4.142	8.134	31,2%
TOTAL	12.831	13.245	26.076	100%
% Sexo	49,2%	50,8%		

Fuente: SENAME, 2010

El mayor porcentaje de los niños y las niñas que están en la red SENAME se encuentran en programas de protección, seguidos por aquellos que encuentran en procesos diagnósticos.

GRÁFICO N° 25.
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 10 AÑOS ATENDIDOS EN SENAME, SEGÚN PROGRAMA



Fuente: SENAME, 2012

TRABAJO INFANTIL

La legislación Chilena prohíbe trabajar a los menores de 15 años, excepto en ciertas actividades especiales como son el teatro, cine o televisión.

De la "Primera Encuesta Nacional de Actividades de Niños y Adolescentes", se extrae que en Chile 107.676 niños, niñas y adolescentes (NNA) trabajaban en ocupaciones que vulneraban sus derechos esenciales amenazando su acceso a la educación, al descanso y a la recreación poniendo en riesgo su normal desarrollo psicológico y social, lo cual representó el 3,0% de la muestra, de éstos, el 63,3% tenían entre 5 y 14, lo cual equivale a 68.129 niños y niñas [38].

TABLA Nº 18.
DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE TRABAJAN.

SEXO	TRABAJO INACEPTABLE 5 A 14 AÑOS		TRABAJO INACEPTABLE 15 A 17 AÑOS		TOTAL DE NNA EN TRABAJOS INACEPTABLES	
	NÚMERO	TASA*	NÚMERO	TASA*	NÚMERO	TASA*
Hombres	44.300	3,1	29.336	7,1	73.636	4,0
Mujeres	23.829	1,7	10.211	2,6	34.040	1,9
Total	68.129	2,4	39.547	4,9	107.676	3,0

Fuente: Trabajo Infantil y Adolescente en Cifras. Síntesis Primera Encuesta Nacional y Registro de sus Peores Formas de Trabajo Infantil, MINTRAB, INE, SENAME, OIT (2004).

La mayoría de NNA que realizan trabajos inaceptables son hombres, aunque también se encuentra un porcentaje significativo de mujeres; en el grupo que tiene entre 5 a 14 años y realizan este tipo de trabajos un 65% son hombres y el 35% son mujeres.

El grupo de 5 a 14 años labora en promedio 18,5 horas semanales y el "trabajo" para las niñas en la calle es de cuidado de autos o recolección de diarios y cartones, en cambio, la mayoría de los niños vende productos en la locomoción colectiva y calles, o hace malabarismo en las esquinas [38].

Es importante considerar que se detectaron 42.000 niños y niñas en trabajo doméstico, una realidad aún invisibilizada [38].

EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL INFANTIL

Según el último "Estudio de Prevalencia sobre la Explotación Sexual Comercial Infantil y Adolescente en Chile", se estima que alrededor de 3.700 niños, niñas y adolescentes son explotados sexualmente. Dentro de los principales resultados se observa los siguiente [39]:

- Las regiones más afectadas por esta situación son. Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso, Bío Bío y R. Metropolitana.
- El 80% de los niños, niñas y adolescentes explotados sexualmente son mujeres.
- El 38% no ha completado la educación básica.
- El 68% vive con su familia.

Se constató una importante presencia del consumo de drogas y alcohol en los casos revisados

4. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

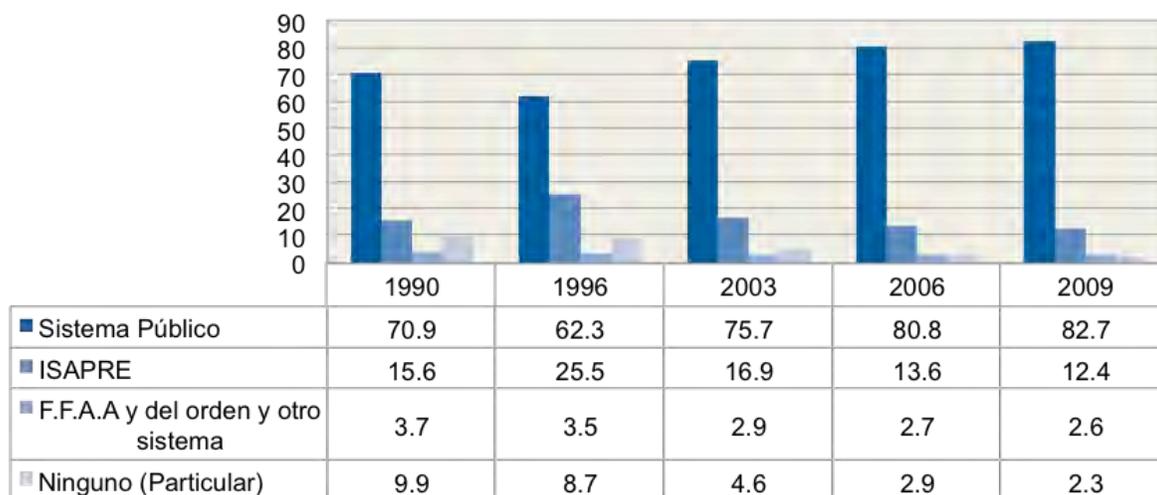
RUTAS DE ACCESOS A PRESTACIONES DE SALUD

En Chile, la ruta de acceso de las personas a los servicios de salud, en su mayoría depende del seguro de salud al cual están afiliadas. Sin embargo, también existen prestaciones que son universales, y que benefician a toda la población independiente de su seguro, de su afiliación y estrato socioeconómico.

Según la encuesta CASEN 2011, la mayor parte de la población pertenece al Seguro Público o Fondo Nacional de Salud (FONASA), situación que ha aumentado en los últimos 20 años.

En el año 2009, el 82,7% de la población menor de 18 años se encontraba cubierto por FONASA, el 12,4 % a los seguros privados o Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), un 2,6% ya sea a las FF.AA. u otros sistemas y un 2,35 a ninguno. La proporción de niños y niñas en el seguro público ha ido aumentando a través de los años.

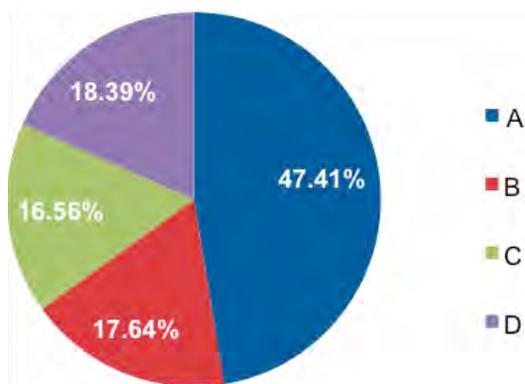
GRÁFICO N° 26.
NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 10 AÑOS AFILIADOS AL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD



Fuente: CASEN 2009

Aproximadamente el 80% de los niños y niñas menores de 10 años es beneficiaria, es decir están afiliados a FONASA, y se estima que 47,4% pertenece al tramo A (es decir, carece de recurso).

GRÁFICO N° 27.
BENEFICIARIOS MENORES DE 10 AÑOS SEGÚN GRUPO FONASA



Fuente: FONASA 2011

TABLA N° 19.
DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN INFANTIL INE Y BENEFICIARIA POR REGIÓN

POBLACIÓN MENOR DE 10 AÑOS INSCRITA				
N°	REGIONES	BENEFICIARIOS 2011	INSCRITOS 2012 *	% DE BENEFICIARIOS
XV	Arica y Parinacota	23.524	21.371	90,8%
I	Tarapacá	34.514	35.669	103,3%
II	Antofagasta	51.162	48.164	94,1%
III	Atacama	35.498	39.708	111,9%
IV	Coquimbo	78.934	78.852	99,9%
V	Valparaíso	171.099	157.252	91,9%
VI	Bernardo O'Higgins	92.187	86.425	93,7%
VII	Maule	110.252	117.446	106,5%
VIII	Bío Bío	206.368	179.727	87,1%
IX	La Araucanía	97.499	93.272	95,7%
XIV	Los Lagos	90.456	101.366	112,1%
X	Los Ríos	41.471	40.763	98,3%
XI	Aysén	9.634	-	s/d
XII	Magallanes	14.177	14.545	102,6%
XIII	Metropolitana	627.078	634.441	101,2%
	residencia desconocida	48.975	-	-
	País	1.683.853	1.649.001	97,9%

* Se consideró sólo población inscrita en centros de salud dependientes de municipalidad

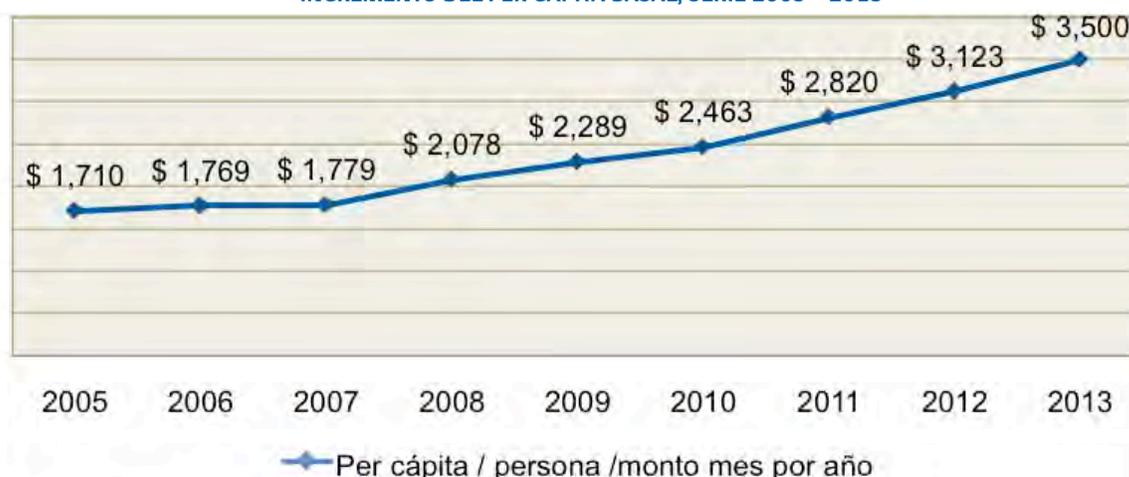
Fuente: FONASA, 2011 & MINSAL, 2012

De la población beneficiaria se distingue aquella que efectivamente se atiende en la red pública de salud, la cual es "Población Inscrita", es decir, aquella que se ha adscrito voluntariamente o a través de un familiar en un centro de salud de atención primaria o "población Inscrita". En general, la población menor de 10 años inscrita en establecimientos de atención primaria sobrepasa a la población FONASA, por lo tanto, es de suponer que existe una población infantil que aunque posee otro tipo de seguro, de todos modos se atiende en la red de establecimientos públicos (Ver Tabla N° 19). La proporción de población FONASA respecto a los inscritos varía según la región de residencia, observándose un rango de 115% a 89%.

El sistema de financiamiento de los centros de salud es a través del 'per cápita', es decir, cada municipio recibe recursos según el número de beneficiarios públicos registrados en cada centro de salud de la comuna (población inscrita).

Los recursos entregados se valorizan por persona, de acuerdo a promedios históricos del valor de la canasta de prestaciones de APS, y puede variar dependiendo de las características de cada comuna (rural o urbana, niveles de pobreza, indicador de dificultad de desempeño, etc.). El valor de la canasta percápita se reevalúa todos los años y se ajusta según los requerimientos de la población, observándose un aumento paulatino y sostenido en el tiempo.

GRÁFICO N° 28.
INCREMENTO DEL PER CÁPITA BASAL, SERIE 2005 - 2013



Desde el año 1995, se encuentran dentro del percápita las prestaciones del Programa Infantil, dentro de las cuales se consideran:

- Control de salud del niño sano y niña sana.
- Evaluaciones del desarrollo psicomotor.
- Control de malnutrición.
- Educación de riesgo.
- Consulta nutricional.
- Consulta de morbilidad.
- Control de enfermedades crónicas.
- Consulta por déficit del desarrollo psicomotor - consulta kinésica.

- Consulta de salud mental.
- Vacunación.
- Programa nacional de alimentación Complementaria.
- Atención a domicilio.

PRESTACIONES DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO

NACIMIENTOS

Durante el 2010 nacieron 250.643 niños y niñas, de los cuales el 99,8% contó con atención de profesional durante el nacimiento y el 65% se efectuó en el sistema público. De estos partos, el 61% tuvo contacto piel a piel mayor a 30 minutos y el 89,5% de los recién nacidos egresaron con lactancia materna exclusiva del Puerperio y el 62,4% de Neonatología.

Se estima que en el 2011 un 49,1% del total de partos atendidos tanto en el sector público como privado fueron a través de cesáreas, a pesar de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que indica que los partos por esta vía no deben exceder el 15%, por motivos económicos y de riesgo para los pacientes. Ahora bien, 70,4% de los partos atendidos por prestadores privados fueron realizados por la vía quirúrgica, frente a un 38,1% si se consideran los nacimientos acontecidos en los hospitales públicos.

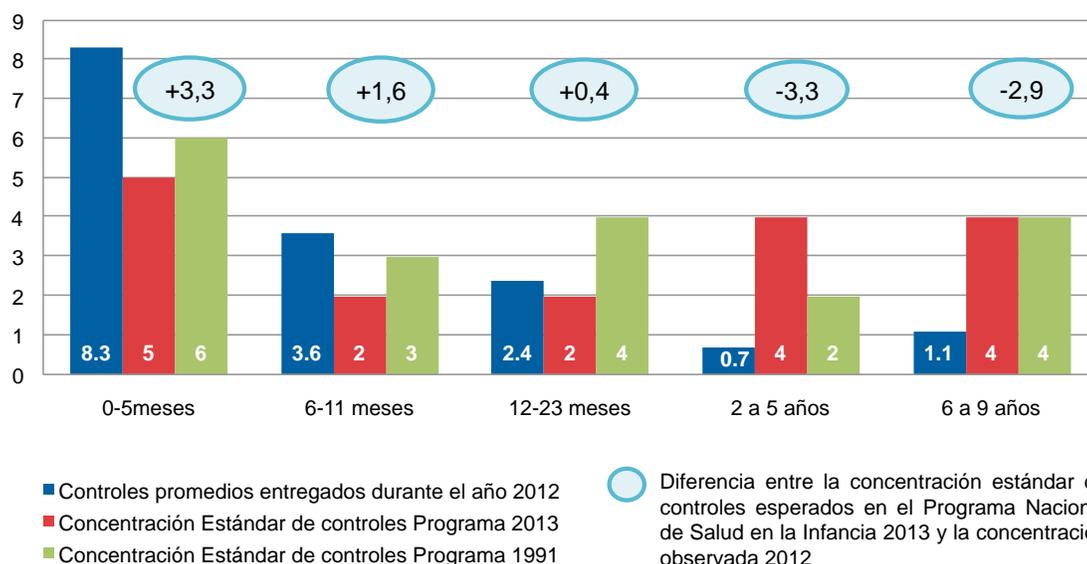
Es importante destacar que los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (menos de 1500 gramos al nacer), representan el 1,0% del total de nacimientos y contribuyen con un 43% de la mortalidad infantil [5]

CONTROLES DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

El Control de Salud de niños y niñas es una actividad eje del programa de infancia, que busca promover la salud integral de la población infantil en su contexto familiar y comunitario, detectando oportunamente cualquier riesgo biopsicosocial que pueda afectar su crecimiento y desarrollo o problema de salud ya instalado con miras a su recuperación y fortalecer factores protectores.

Respecto a las coberturas de control de salud, éstas se encuentran determinadas según la concentración de controles por rango etario. Al comparar la concentración de controles observadas durante el 2012 y concentración propuesta en el presente Programa Nacional de Salud en la Infancia, se verifica que en el primer semestre de nacidos los niños y las niñas reciben 3,3 controles más que el estándar propuesto, en el segundo semestre del primer año de vida, se entregan 1,6 controles más del estándar y entre el primer y segundo año reciben casi los misma concentración que la esperada. Entre los 2 y 9 años, baja drásticamente los controles promedios entregados, constatándose una diferencia negativa respecto la periodicidad propuesta. El promedio de controles recibidos por niños y niñas de 2 a 5 años está por debajo del estándar, al igual que los controles entregados a niños y niñas de 6 años y más.

GRÁFICO N° 29.
CONCENTRACIÓN DE CONTROLES ENTREGADOS DURANTE EL 2012 A NIÑOS Y NIÑAS
SEGÚN RANGO ETARIO VERSUS ESTÁNDAR ESTABLECIDOS PROGRAMA DEL AÑO 1991 Y PROGRAMA 2013



Desde el 2012 se están realizando esfuerzos enfocados a mejorar la cobertura de controles de salud realizados a niños y niñas mayores de 5 años, de modo de mejorar las condiciones de vida durante la infancia y desarrollar base sólida para enfrentar la adolescencia y posteriores etapas.

Algunas características de los controles entregados:

- Los niños y niñas menores de 1 año asisten con mayor frecuencia a control, lo cual coincide con edades de vacunación. Aproximadamente el 67,3% de las diadas (madres e hijo/a) ingresan a control de salud antes de los 10 días de vida del recién nacido/a.
- Del total de controles entregados a niños y niñas menores de 1 año, en el 13% participó el padre.
- Existe una escasa cobertura de atención al control de salud de niños y niñas después de los 2 años de edad.

EVALUACIONES REALIZADAS EN EL CONTROL DE SALUD

Dentro de los controles de salud se realizan una serie de evaluaciones que están dirigidas, en su mayoría, a detectar tempranamente riesgos para salud, considerando distintas áreas.

Generalmente estos screening tienen altas coberturas y se encuentran instalados dentro de las actividades a realizar en los controles de salud. Los resultados de estas evaluaciones gatillan una serie de prestaciones que permiten tratar factores de riesgo o desviaciones en el desarrollo del niño o la niña.

TABLA N° 20.
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS CON SCREENING APLICADO SEGÚN EDAD, 2011

INSTRUMENTOS	ÁREA	EDADES DE APLICACIÓN	N°	%*
Protocolo neurosensorial	Desarrollo Neurosensorial	1-2 meses	122.180	92,5%
Pauta breve	Desarrollo Psicomotor	4 meses 12 meses 15 meses 21 meses 24 meses	502.026	47,5%
Test de desarrollo psicomotor	Desarrollo Psicomotor	8 meses 18 meses 36 meses	430.645	70%
Pauta de observación de la relación vincular	Apego	4 meses 12 meses	194.602	50,6%
Escala de Edimburgo	Depresión Postparto	2 meses 6 meses	238.247	88,9%

*Estimado en base al número de controles entregados en los rangos etarios correspondientes
Fuente: MINSAL, 2011

Otro screening utilizado en el control de salud es el Score de IRA. Este permite determinar el riesgo de morir de causa respiratoria (Neumonía), considerando que las Infecciones respiratorias agudas (IRAS) son la causa de mayor morbilidad en el menor de 1 año. Durante el año 2011, más de 10.000 niños y niñas presentan riesgo leve de morir por bronconeumonía; por otro lado el riesgo moderado a grave de morir aumenta en el menor de 6 meses con la caída de la lactancia materna.

GRÁFICO N° 30.
NIÑOS Y NIÑAS CON SCORE DE IRA EN MENOR DE 1 AÑO 2011

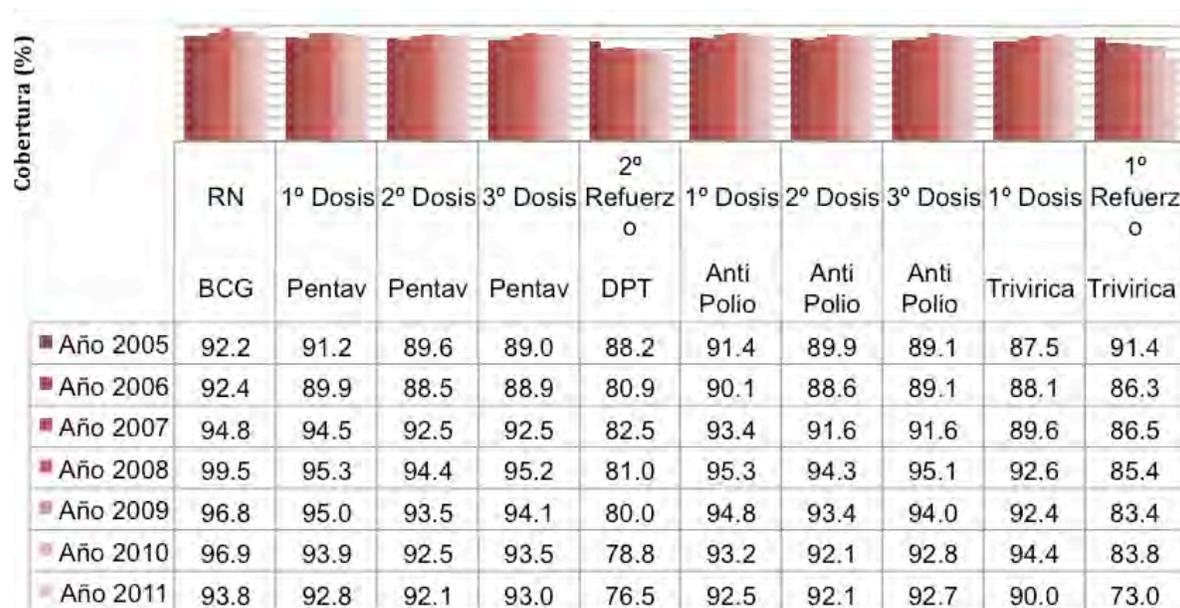


Fuente: DEIS, MINSAL 2011

INMUNIZACIONES

Las inmunizaciones son prestaciones frecuentes en el menor de 2 años; su cobertura y acceso han sido materia primordial de las políticas públicas emanadas por el Ministerio de Salud, dada la protección individual de la población infantil y el efecto rebaño en la población en general. Gracias a estas acciones enfermedades, como la viruela o poliomielitis, han sido erradicadas, mientras que otras como la Tuberculosis y el Sarampión están en vías de erradicación.

GRÁFICO N° 31.
COBERTURA DE VACUNAS EN POBLACIÓN INFANTIL 2005-2011



Fuente: Programa Nacional de Inmunizaciones MINSAL 2011

Las coberturas de vacunación en el año 2011, se mantuvieron altas en el menor de un año, siendo la vacunación de mayor cobertura, aquella contra la tuberculosis, (BCG). El resto de las vacunaciones mantienen coberturas entre un 92 y 90%. Las vacunas de menores coberturas son las de refuerzo tres vírica y DPT segundo refuerzo. Esto enfatiza en la necesidad de efectuar políticas de promoción del uso de vacunas, educación a la familia sobre la importancia que genera para la población infantil y general su utilización, así como también el uso de estrategias de rescate de pacientes.

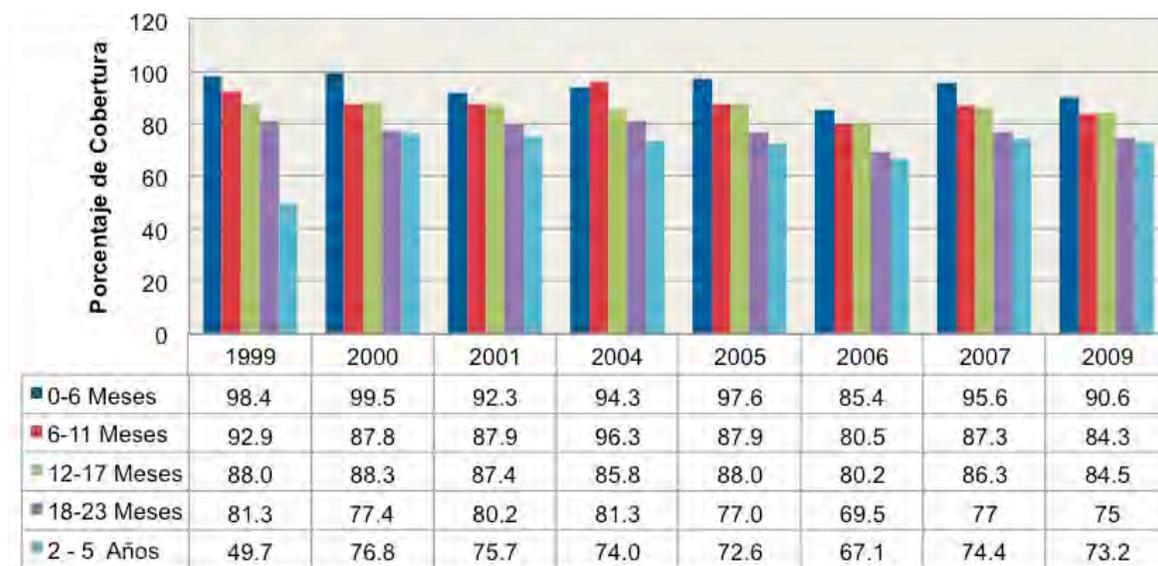
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

A través del Programa de Alimentación Complementaria, se entrega gratuitamente alimentos para apoyar nutricionalmente a menores de 6 años, niños y niñas prematuros, niños y niñas con PKU, embarazadas y madres que amamantan hasta el sexto mes post parto. De igual forma se le otorga esta prestación a personas adultas mayores que asisten regularmente a los controles de salud en centros de atención primaria o a afiliados a FONASA que opten por la modalidad libre elección y afiliados a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que cumplan con los requerimientos establecidos

El propósito de entregar estos alimentos complementarios es lograr y/o mantener un óptimo estado nutricional. Durante el 2009, 1.085.569 personas fueron beneficiadas, dentro de los cuales 984.041 correspondían a menores de 6 años o madres con menores de 6 meses.

Dentro de los alimentos entregados se encuentran Leche Purita Fortificada, Purita Cereal, Mi Sopita, entre otros, cada uno adecuado a cierto rango etarios o determinados requerimientos.

GRÁFICO N° 32.
PORCENTAJE DE COBERTURA DE PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS (1999-2009)



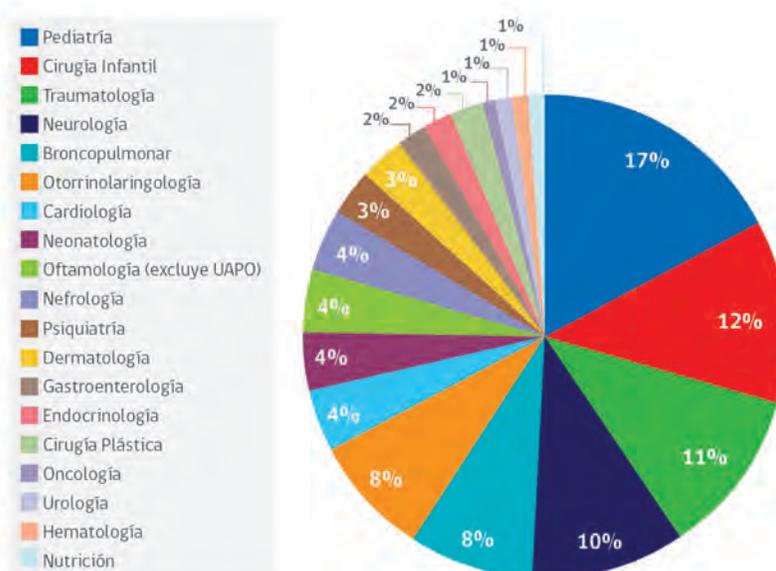
Fuente: Programa de Alimentación Complementaria, MINSAL 2012

Históricamente este programa ha logrado altas coberturas, las cuales se mantienen a través de los años; los porcentajes de coberturas van disminuyendo a medida que aumenta la edad de la población beneficiaria, observándose mayores coberturas en los menores de 6 meses.

CONSULTAS A ESPECIALISTAS Y ATENCIONES HOSPITALARIAS

En el nivel secundario del sistema de salud pública se entregan prestaciones de salud más especializadas; es así como durante el 2011 se efectuaron 1.061.651 consultas por especialistas, de las cuales el 17% fue entregado por Pediatra, 12% Cirujano Infantil, 11% por Traumatólogo y 10% por Neurólogo.

GRÁFICO N° 33.
CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS POR ESPECIALISTA



Fuente: DEIS, 2012

TABLA N° 21.
PORCENTAJE DE EGRESOS HOSPITALARIOS CORRESPONDIENTES A MENORES DE 10 AÑOS
SEGÚN CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN.

GRAN GRUPO DE CAUSAS	TOTAL EGRESOS TODAS LAS EDADES	% EGRESOS DE MENORES DE 9 AÑOS SEGÚN EL TOTAL	GRUPO DE EDAD (AÑOS)	
			0-4	5-9
Todas las causas	1.682.056	15,0%	192.160	60.923
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	51.228	44,6%	18.092	4.762
Tumores	117.860	6,2%	4.001	3.248
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	8.685	20,4%	1.064	706
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	40.770	4,6%	1.283	609
Trastornos mentales y del comportamiento	32.029	1,4%	259	195
Enfermedades del sistema nervioso	26.030	18,7%	3.321	1.543
Enfermedades del ojo y sus anexos	22.138	6,8%	915	595
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	6.379	26,7%	947	758
Enfermedades sistema circulatorio	121.347	1,0%	584	582
Enfermedades sistema respiratorio	179.338	45,4%	64.727	16.770
Enfermedades del sistema digestivo	197.036	8,3%	7.747	8.655
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	24.412	12,6%	1.805	1.260
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	58.105	3,7%	1.130	1.044
Enfermedades del sistema genitourinario	131.603	10,7%	9.474	4.625
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	43.459	100,0%	43.459	*
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	19.813	60,8%	9.442	2.600
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	46.396	22,5%	7.411	3.012
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	156.646	13,2%	11.850	8.758
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	58.434	10,0%	4.649	1.201

Fuente: DEIS, 2012

PRESTACIONES UNIVERSALES “GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD” (GES)

Las prestaciones GES son parte de la mayor Reforma a la Salud de los últimos 50 años en Chile. Garantiza atención oportuna, de calidad y sin costos para todas las personas, sin discriminación de edad, género o capacidad de pago e independiente de si se encuentra afiliado al sistema privado o público. Su objetivo central es que toda la población tenga atención garantizada por ley, promoviendo la igualdad en la calidad y acceso a la salud.

Las garantías explícitas en salud (GES) que pueden beneficiar a su población menor de 10 años, son las siguientes:

1. Patologías del prematuro
2. Retinopatía del prematuro
3. Hipoacusia neurosensorial del prematuro
4. Displasia broncopulmonar del prematuro
5. Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido
6. Cardiopatía congénita operable
7. Disrafias espinales
8. Fisura labiopalatina
9. Salud oral integral para niños y niñas de 6 años
10. Examen medicina preventiva
11. Infección respiratoria baja de manejo ambulatorio (IRA baja)
12. VIH/SIDA
13. Diabetes mellitus I
14. Diabetes mellitus II
15. Asma bronquial moderada y severa
16. Epilepsia no refractaria
17. Hemofilia
18. Insuficiencia renal crónica terminal
19. Hepatitis B
20. Hepatitis C
21. Fibrosis quística
22. Artritis idiopática juvenil
23. Cáncer en niños y niñas menores de 15 años
24. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos
25. Estrabismo
26. Tratamiento quirúrgico de cataratas
27. Grandes quemaduras
28. TEC
29. Trauma ocular grave
30. Hemorragia cerebral, secundaria a ruptura de aneurisma.
31. Urgencias odontológicas
32. Tratamiento quirúrgico de la escoliosis
33. Displasia del desarrollo de caderas

TABLA N° 22.
NÚMERO DE NIÑOS Y NIÑAS BENEFICIADOS SEGÚN PATOLOGÍAS

MOTIVO DE ACCESO A AUGE	POBLACIÓN MENOR DE	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	TOTAL
Labio palatino	2 años	25	74	68	86	140	96	489
Estrabismo	9 años	113	139	179	182	203	182	998
Disrafias espinales	14 años	74	93	123	114	112	105	621
Cardiopatía congénita	15 años	102	239	277	159	228	128	1.133
Cáncer	15 años	304	319	351	317	366	264	1.921
Politraumatismo grave	15 años	41	104	114	138	151	88	636
Traumatismo encéfalo craneano	15 años	291	797	798	943	853	653	4.335
Gran quemado	15 años	222	521	504	495	561	419	2.722
Escoliosis	15 años	121	156	201	177	226	172	1.053

Fuente: SIGGES 2012.

* Dato extraído en Octubre 2012



CAPÍTULO II: ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD, DISMINUIR DEL REZAGO UN DESAFÍO PARA LA INFANCIA

Durante el siglo XX, la lucha contra la desnutrición infantil, la mortalidad materna, la baja expectativa de vida, las enfermedades infecciosas, fueron consignas difíciles de conquistar pero que con el esfuerzo coordinado y sistemático de los equipos de salud se lograron controlar. En el inicio del siglo XXI las enfermedades crónicas no transmisibles comienzan a tomar protagonismo y representan el grueso de la carga de salud para el país, observándose que las enfermedades de mayores prevalencias se asocian con hábitos que suelen adquirirse tempranamente desde la infancia.

Desde el 2010 y tras los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, el Ministerio de Salud comienza a reunir evidencia, convocar expertos, y aunar voluntades con el objetivo de diseñar una política pública para la década: La Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020.

Esta estrategia plantea un modelo de gestión basado en resultados, y busca focalizar los esfuerzos en “la prevención de enfermedades y el fomento de los hábitos de vida más sanos, para garantizar a todos los chilenos una atención digna, oportuna, de calidad, así como, para mejorar significativamente la gestión y eficiencia de los hospitales y APS”, definiendo para ello, cuatro objetivos sanitarios, nueve objetivos estratégicos y 50 metas de impacto.

OBJETIVOS SANITARIOS

1. Mejorar la salud de la población
2. Disminuir las desigualdades en salud
3. Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud
4. Asegurar la calidad de las atenciones de salud de las intervenciones sanitarias

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

OE1. Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico

OE2. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

OE3. Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población.

OE4. Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital.

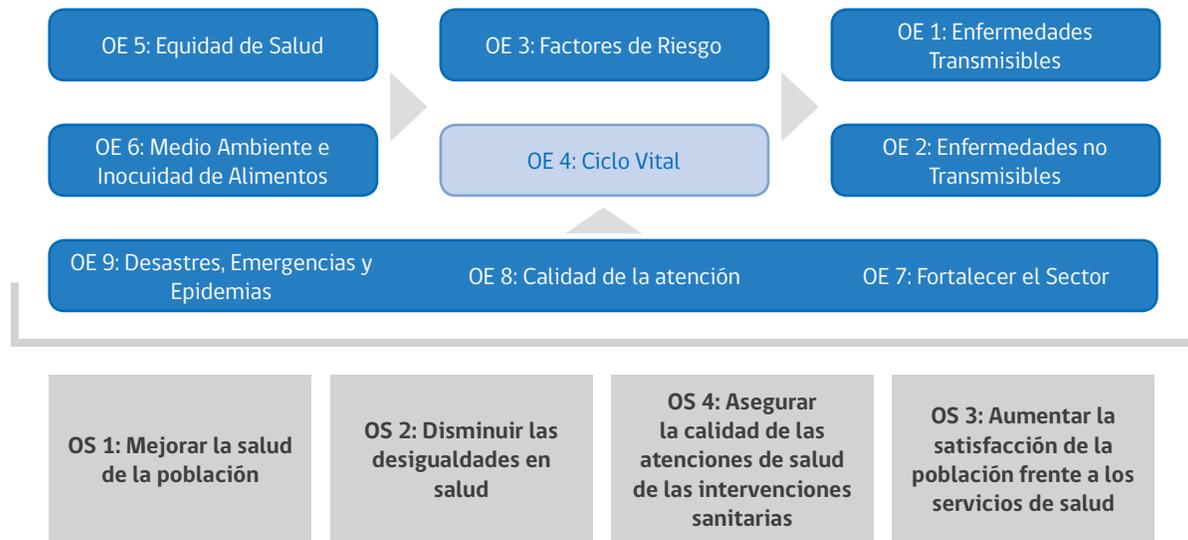
OE5. Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud.

OE6. Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de seguridad e inocuidad de los alimentos.

OE7. Fortalecer la institucionalidad del sector salud

OE8. Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas

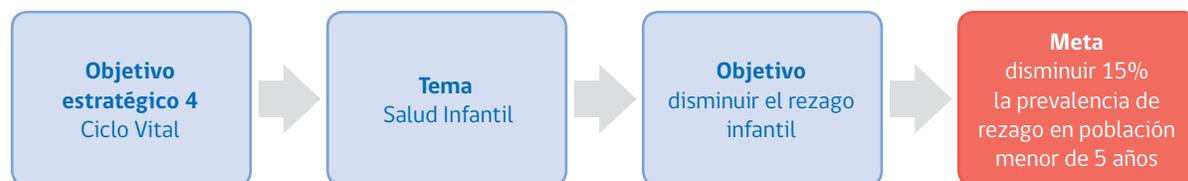
OE9. Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante emergencias desastres y epidemias.



La elaboración de la Estrategia de Salud, consideró como insumos principales los Planes Estratégicos a Plazo Medio de la OMS (2008-2013) [40] y OPS (2008-2012) [41]. Estos planes fueron especialmente importantes por plantear un modelo de gestión basada en resultados, dando relevancia al componente estratégico para el logro de las metas sanitarias, e inspiraron la selección de los temas. Aunque esta estrategia es propia de salud, reconoce que el enfoque para abordar los problemas descritos debe ser necesariamente multisectorial, y ser capaz de convocar a agentes públicos y privados, organizaciones ciudadanas, Universidades e institutos, Ministerios y hasta la propia Presidencia de la República.

OE4: SALUD INFANTIL, DISMINUIR EL REZAGO NIÑOS Y NIÑAS

Específicamente en el objetivo estratégico número 4 se establece como meta disminuir el rezago infantil en un 15% en población menor de 5 años, estableciéndose como línea base una prevalencia de 25,2% y para llegar a un 21,4% en el 2020. Entendiendo por rezago el grupo de niños y niñas que no alcanzaba todos los hitos del desarrollo esperables para su grupo de edad.



Esto debido a que en La Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2006, se establece que un alto porcentaje de niños y niñas menores de 5 años presentan rezago o retraso en el desarrollo psicomotor; cerca de un 25% no alcanzaba todos los hitos del desarrollo esperables para su grupo de edad (rezago) y un 11% no alcanzaba los hitos del desarrollo esperables para el tramo etario anterior (retraso). Cabe destacar que estas cifras de rezago son medidas por un instrumento de tamizaje poblacional en la ENCAVI, a diferencia de las cifras de rezago, riesgo y retraso que se manejan en el ámbito de salud que reflejan resultados de test de diagnóstico clínico.

El sistema de protección a la primera infancia Chile Crece Contigo, retoma este objetivo fuertemente, impulsando e incentivando a diferentes sectores gubernamentales a trabajar en beneficio de la disminución del rezago en la población infantil.

Los indicadores establecidos para este objetivo, poseen directa vinculación con la disminución del rezago en la población infantil menor de 6 años se señalan en la Tabla N° 23.

TABLA N° 23.
RESULTADOS ESPERADOS PARA LA DISMINUCIÓN DE REZAGO EN LA INFANCIA.
OBJETIVO DE IMPACTO DISMINUIR EL REZAGO INFANTIL

Objetivo Estratégico:

Reducir La Mortalidad, Morbilidad Y Mejorar La Salud De Las Personas, A Lo Largo Del Ciclo Vital

INDICADORES	
DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL	
1.1T	Porcentaje anual de recuerdo en el público de mensajes sobre desarrollo infantil o de servicios asociados a los niños y niñas difundidas por medios de comunicación
1.2	Plan de comunicación social con contenidos de desarrollo infantil y servicios de salud disponibles a la infancia.
1.3	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, por SEREMI
1.4	Porcentaje de niños entre 0 y 5 años, cuyos madres, padres y/o cuidadores asisten a talleres Nadie es Perfecto, por SS
PREVENCIÓN PRIMARIA	
2.1	Orientaciones Técnicas de desarrollo y salud infantil, elaboradas o revisadas al menos cada 5 años
2.2	Porcentaje de Centros de Salud de AP con al menos 2 profesionales por cada 10.000 inscritos en desarrollo infantil a profesionales que realizan el control de salud infantil, cada 3 años, por SS
2.3	Porcentaje de Centros de Salud de AP con al menos 2 profesionales por cada 10.000 inscritos en la aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo infantil, cada 3 años, por SS
PREVENCIÓN SECUNDARIA	
3.1T	Tasa de recuperación de niños y niñas diagnosticado con riesgo del DSM.
3.2T	Tasa de recuperación de niños y niñas diagnosticado con retraso del DSM
3.3	Porcentaje anual de comunas que cuentan con Salas de Estimulación o acceso a equivalentes por SS
3.4	Porcentaje anual de Salas de Estimulación, que cumplen con estándares de calidad, por SS
3.5	Tasa de Visitas Domiciliarias, por niños con diagnóstico de déficit de DSM, por SS.
3.6	Porcentaje de Centros de Salud que cumplen estándares de calidad en la realización de visitas domiciliarias integrales a niños y niñas con déficit

Fuente: Minsal 2012

Además de la meta eje de impacto en infancia, existen otros objetivos estratégicos que contemplan la ejecución, implementación y monitoreo de resultados esperados en infancia. A continuación se señalan algunos indicadores que favorecen la disminución de la morbimortalidad infantil, la promoción y prevención de patologías prevalentes:

OE4:

- Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública
- Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles
- Reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas

OE2:

- Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica
- Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental
- Disminuir la discapacidad
- Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables

OE3:

- Reducir el consumo de tabaco
- Disminuir prevalencia de obesidad infantil

CAPÍTULO III: PROPÓSITOS, OBJETIVOS Y ESTRATEGIA DEL PROGRAMA

En el marco del nuevo contexto biopsicosocial donde se desarrollan y crecen los niños y niñas y los objetivos de la década recién expuestos, el Programa Nacional de Salud de la Infancia identifica como propósito, objetivos y estrategias, los siguientes:

1. PROPÓSITO

Contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida.

2. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Reducir la mortalidad y morbilidad infantil en la población menor de 10 años.
2. Fortalecer la atención de salud oportuna, expedita, continua, resolutive y de calidad a niños y niñas en la red de salud pública.
3. Contribuir a la mejora de la calidad de vida en la población infantil, independiente de su condición de salud y socioeconómica.
4. 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.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Potenciar la gestión territorial de los equipos de salud infantil.
2. Fortalecer y aumentar la cobertura, adhesividad y participación de niños y niñas bajo control del Programa.
3. Aumentar la efectividad y resolutive de las intervenciones de salud dirigidas a la población infantil.
4. Mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia dentro de la red de salud y fuera de ella.
5. Establecer una coordinación efectiva con las iniciativas del extrasector complementarias a salud y que contribuyan al bienestar de la población menor de 10 años.
6. Aumentar la detección de niños y niñas con vulnerabilidad biopsicosocial y su inclusión a la red comunal del sistema de protección a la primera infancia.
7. Reducir la mortalidad precoz secundaria a afecciones del período perinatal.
8. Fortalecer la atención de calidad y oportunidad, acompañamiento y seguimiento de niños y niñas con necesidades especiales.
9. Fomentar la pertinencia cultural de la atención de salud y mantener las prácticas y costumbres de los pueblos originarios.
10. Promover la salud y mejoramiento de la calidad de vida y autonomía de niños y niñas con discapacidad.

11. Promover hábitos de vida saludable en la población infantil, familia y comunidad.
12. Aumentar la prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y su prolongación no exclusiva hasta los dos años de edad.
13. Promover la salud dental y prevenir el desarrollo de enfermedades bucodentales infantil.
14. Promover la salud y bienestar mental de niños, niñas y sus familias.
15. Mejorar los cumplimientos y coberturas de inmunizaciones en la población pediátrica.
16. Reducir la prevalencia de malnutrición por exceso y déficit en niños y niñas menores de 10 años.
17. Reducir los traumatismos y envenenamientos en la población infantil (hogar, colegio y tránsitos, otros).
18. Disminuir las enfermedades de transmisión sexual en la población infantil.
19. Disminuir la incidencia y prevalencia de enfermedades posturales causadas por hábitos inadecuados.
20. Disminuir y prevenir las asfixias y bronconeumonía en la población infantil
21. Reducir las enfermedades crónicas (enfermedad reumática, diabetes, epilepsia, hemofilia, otras) y sus complicaciones.
22. Fortalecer la detección y tratamiento oportuno del cáncer infantil.
23. Reducir la prevalencia de discapacidad en población infantil y/o sus consecuencias.
24. Prevenir infecciones asociadas a la atención de salud en servicios clínicos de atención pediátrica y de neonatología.
25. Disminuir la hospitalización en servicio pediatría y neonatología categorizados en el grupo C2 y C3 de riesgo dependencia.

ESTRATEGIAS

- Identificar al interior de la población infantil, grupos vulnerables y focalizar prioritariamente los recursos disponibles.
- Promover la pesquisa de factores de riesgo y el fortalecimiento de factores protectores en la población infantil, especialmente en la gestación y nacimiento, e intervenir oportunamente para minimizar los efectos del rezago o déficit del desarrollo a corto y largo plazo.
- Favorecer la adherencia al Programa a través de la gestión de la atención, según el perfil sociocultural y epidemiológico de la población.
- Estimular la participación comunitaria activa en la identificación de problemas y búsqueda de soluciones, para mejorar las condiciones sanitarias de la población infantil.
- Establecer un plan activo de acción anual de supervisión continua de las actividades señaladas.
- Establecer una coordinación y articulación efectiva con los programas intersectoriales a lo largo del curso de vida relacionados con la infancia.
- Establecer y mantener una coordinación continua y efectiva con otros programas de salud que se relacionan con la salud de niños y niñas.
- Efectuar nivelación de competencias en los profesionales, a través de un sistema de capacitación atingente y continuo para los equipos de salud.
- Fortalecer la referencia y contrarreferencia para la continuidad de los cuidados en los diferentes niveles de atención de salud, la resolución de problemas técnicos de especialidad en infancia a través de consultorías, la gestión de registros técnicos, entre otros.
- Fortalecer la gestión local y técnica del programa a través del acompañamiento continuo a los encargados del Programa a nivel de SEREMIS, Servicios de Salud y Centros de Salud.

CAPÍTULO IV: MODELOS EJES Y ENFOQUES DEL PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD EN INFANCIA

A continuación se identificarán los modelos, enfoques y leyes desde las cuales se basa, respalda y fundamenta el diseño del Programa Nacional de Salud de la Infancia.

Las acciones del Programa, están enmarcadas en ejes, modelos estratégicos y enfoques, como: sistema de protección a la infancia, modelo de salud familiar, derechos en la infancia, determinantes sociales, calidad y seguridad del paciente y reforma de salud entre otros.

1. SISTEMA INTERSECTORIAL DE PROTECCIÓN SOCIAL

El Sistema Intersectorial de Protección Social, creado mediante la Ley 20.379, promulgada el 17 de Agosto de 2009, es un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieren de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida. El Sistema está constituido por los siguientes subsistemas:

- a) “Chile Solidario”, regulado por la ley N° 19.949, dirigido a las familias y sus integrantes en situación de extrema pobreza; su objetivo es promover su incorporación a las redes sociales y su acceso a mejores condiciones de vida.
- b) “Chile Crece Contigo” Sistema de protección integral a la infancia, dirigido a niños y niñas menores de 4 años.

SUBSISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA – CHILE CRECE CONTIGO

El Subsistema de Protección a la Primera Infancia fue impulsado en el año 2006 y comienza su implementación en escalada en agosto del año 2007. Su objetivo es acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se atiendan en el sistema público de salud, desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar, en el primer nivel de transición o su equivalente.

La ley 20.379, en su artículo 10 señala que la administración, coordinación y supervisión de Chile Crece Contigo corresponderá al Ministerio de Planificación, (actual Ministerio de Desarrollo Social) sin perjuicio de las atribuciones y funciones de las demás entidades públicas. Con respecto a salud, en su artículo 11, señala que el “Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)” consiste en el acompañamiento y seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas que se atiendan en el sistema público de salud, desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar, en el primer nivel de transición o su equivalente. Junto con lo anterior, el artículo 12, indica que Chile Crece Contigo garantizará las siguientes prestaciones para los niños y niñas que presentan situaciones de vulnerabilidad:

- a) Acceso a ayudas técnicas para niños y niñas que presenten alguna discapacidad.
- b) Acceso gratuito a sala cuna o modalidades equivalentes.
- c) Acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida, jornada parcial o modalidades equivalentes.
- d) Acceso garantizado al “Chile Solidario” a las familias de niños y niñas en gestación que formen parte de las familias a que se refiere el artículo 1° de la ley N° 19.949.

Para efectos de acceder a las prestaciones señaladas en las letras b) y c) anteriores, la madre, el padre, y/o cuidadores de niños y niñas que lo requieran deben encontrarse trabajando, estudiando o buscando trabajo.

Asimismo, para acceder a las prestaciones señaladas en las letras a), b), c) y d), los beneficiarios deberán pertenecer a hogares que integren el 60% socioeconómicamente más vulnerable de la población nacional, según lo determine el instrumento de caracterización socioeconómica de la población nacional.

El subsistema Chile Crece Contigo, considera las múltiples dimensiones que influyen en el desarrollo infantil, otorgando, a iguales condiciones, acceso preferente a las familias beneficiarias de la oferta de servicios públicos, de acuerdo a las necesidades de apoyo al desarrollo de sus hijos, en programas tales como nivelación de estudios; inserción laboral dependiente o independiente; mejoramiento de las viviendas y de las condiciones de habitabilidad; atención de salud mental; dinámica familiar; asistencia judicial; prevención y atención de la violencia intrafamiliar y maltrato infantil. También contempla beneficios dirigidos a toda la población nacional (población en primera infancia y sus familias), como el Programa de Educación Masiva, el que, mediante sensibilización, promoción, información y educación sobre cuidado y estimulación oportuna de niños y niñas, busca generar un ambiente social con entornos familiares y comunitarios favorables, que contribuyan al despliegue máximo del potencial de desarrollo de niños y niñas en esta etapa de la vida.

El Fono Infancia 800 200 818, otorga atención telefónica gratuita y con cobertura nacional, realizada por especialistas a padres, madres y/o adultos significativos de los niños y niñas, que la Fundación INTEGRA ha puesto a disposición de Chile Crece Contigo para atender consultas y entregar orientación. El Sitio web de Chile Crece Contigo, <http://www.crececontigo.gob.cl> que ofrece servicios de información, consulta a especialistas, foros de intercambio de información, material educativo y didáctico para niños y niñas, entre los principales. Crece Contigo TV, programación de continuidad con contenidos sobre desarrollo infantil, que se emite en salas de espera de centros de salud. Programa semanal de radio, de cobertura nacional y colección de cartillas, música y cuentos educativos.

COMPONENTE DE SALUD DEL SISTEMA CHILE CRECE CONTIGO

El Subsistema de Protección a la Infancia posee programas ejes que realizan el seguimiento del desarrollo integral a todos los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud. Estos programas fortalecen y complementan las prestaciones que ejecutan el Programa Nacional de la Mujer y el Programa Nacional de Salud de la Infancia, a saber:

TABLA N° 24.
PROGRAMA EJES DEL SISTEMA PROTECCIÓN A LA INFANCIA CHCC-SALUD

Programa de apoyo al Recién Nacido (PARN)	El Programa de Apoyo al Recién Nacido, es un beneficio entregado a las familias que atiendan el parto de su hijo o hija en la red pública de salud; consiste en la entrega de elementos prácticos y educativos que buscan fortalecer la crianza inicial: una cuna corral, un set de implementos básicos para recién nacidos y material educativo. Busca contribuir a que el desarrollo integral de niños y niñas se realice en igualdad de condiciones, otorgándoles un lugar seguro y cómodo para su llegada al hogar y elementos para favorecer el apego durante la crianza.
Programa de apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)	El PADBP corresponde a un conjunto de prestaciones universales y específicas materno-infantiles, cuyo objetivo es el acompañamiento y seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de niños y niñas hasta los 4 años, fortaleciendo el trabajo intersectorial a través de la red comunal Chile Crece Contigo. Incluye el fortalecimiento del control de la gestante, talleres para ellas, atención personalizada del proceso de nacimiento, fortalecimiento del control de salud de niños y niñas, apoyo a la crianza y detección de vulnerabilidad.

Los Equipos de Infancia en relación al CHCC deben:

- Ser parte de la Red CHCC Comunal o Regional según corresponda y conocer los actores claves que participan de ella.
- Conocer la ley 20.379, los ejes del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial y Recién Nacido, y sus principales fundamentos.
- Participar activamente en reuniones de capacitación, gestión y resolución de gestión de casos de vulnerabilidad biopsicosocial infantil.
- Dar a conocer a los padres, madres y/o cuidadores y su familia a través de la atención de salud de la población infantil, los principales énfasis y objetivos del Sistema y sus beneficios.
- Contribuir al desarrollo integral de la población infantil, a través de la promoción, prevención y detección precoz de rezago infantil.
- Integrar a las actividades asistenciales las acciones del PADBP, disponibles en el catálogo de prestaciones CHCC, el cual es actualizado anualmente.
- Favorecer la integración de las actividades del PADBP, a la programación en red.
- Favorecer el enfoque de curso de vida, promoviendo la continuidad de la atención, desde la gestación hasta la niñez, y generando mecanismos de comunicación activa, permanente con el equipo de salud familiar de cabecera.
- Favorecer la referencia y contrarreferencia de los casos de vulnerabilidad biopsicosocial en la red asistencial.

2. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN INFANCIA Y ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

Este enfoque pone el acento en como las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar, tanto las características específicas del contexto social como las condiciones sociales, se traducen en efectos en la salud [42].

Dentro de los determinantes sociales se destacan aquellos considerados como estructurales, vale decir: sexualidad, género, etnicidad, raza, ingreso, educación, los cuales a su vez tendrán un efecto en procesos de exclusión y cohesión social. También se distinguen determinantes sociales intermedios, como son las condiciones de vida, condiciones de trabajo, dieta, conductas, etc [43] [44].

Los niños y niñas satisfacen sus necesidades a través de la atención proveniente de su familia y los recursos organizados de la sociedad; de éstos dependen el cuidado, protección y estimulación sensorial, motora, afectiva y social que recibirán. El enfoque de los determinantes sociales en la salud y el bienestar, obliga a centrar la mirada en las condiciones del entorno cercano de niños y niñas como factores decisivos en su desarrollo. La teoría del modelo ecológico de Bronfenbrenner, es una de las más aceptadas para explicar el impacto de la interacción de las personas y su medio en el desarrollo; estipula que el desarrollo humano supondría una progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo (en proceso de desarrollo) y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive [17].

Los determinantes sociales de la salud tienen especial relevancia cuando inciden en la salud desde las primeras etapas de la vida, ya que las consecuencias de estos factores, limitarán la salud en la infancia como en el resto de las etapas de la vida. Algunos antecedentes claves que dan cuenta de la importancia de los factores determinantes de la salud en la infancia con enfoque de curso de vida son los siguientes [45]:

- La primera infancia es la fase más importante para el desarrollo general durante toda la vida.
- El desarrollo cerebral y biológico durante los primeros años de vida depende en gran medida del entorno del lactante.
- Las experiencias en edades tempranas determinan la salud, la educación y la participación económica durante el resto de la vida.
- Las familias y los cuidadores cuentan con formas sencillas y eficaces de garantizar el desarrollo óptimo en el período de la niñez.

Resulta clave apoyar el desarrollo de las personas desde la infancia, ya que es una oportunidad única para contribuir con una sociedad más inclusiva, mejorando el estado de salud y la calidad de vida de la población.

Para alcanzar un óptimo desenvolvimiento de las habilidades sociales, la capacidad cognitiva y la capacidad de abstracción, se requiere alcanzar un buen nivel en la comprensión de símbolos y el lenguaje, lo que se relaciona con un adecuado desarrollo cerebral, producido durante la primera etapa de la vida. Si se trabaja para reforzar estos aspectos, la posibilidad de que las personas alcancen un

adecuado desarrollo en la edad adulta se incrementa considerablemente. Teniendo en cuenta que la pobreza infantil afecta la capacidad cognitiva en la vida adulta, resulta sumamente importante incidir en la disminución de los efectos nocivos que pueden producirse en grupos vulnerables, para disminuir la brecha que el nivel socioeconómico produce en la población [46].

En un estudio programa piloto realizado en la comuna de Pudahuel, en el CESFAM Gustavo Molina en el 2010, se pudo observar que a menor ingreso, la población infantil tienen menor acceso a los juguetes que sirven para desarrollar habilidades psicomotoras o intereses diversos, como los juguetes de ensamble, los rompecabezas, los discos de música o los libros de cuento. Por su parte, un porcentaje no menor de la población entiende poco las indicaciones médicas que dan nutricionistas y enfermeras/os” [47]. Considerando estos resultados, y a modo de ejemplo, es necesario generar una retroalimentación comunitaria respecto a las estrategias realizadas por los establecimientos de salud y educación, teniendo en cuenta las características socio-estructurales y las dinámicas familiares de los contextos donde se trabaja, contribuyendo a que las acciones puedan redituarse en un mejor estado de salud y calidad de vida de la población infantil. Por otro lado, los padres, madres y/o cuidadores, validaron cualitativamente que un profesional de la salud considere su opinión respecto a los entornos de los establecimientos de salud y valide sus opiniones para mejorar la calidad de la atención.

El desafío es lograr el balance entre la oferta universal y las estrategias focalizadas para la población infantil y las familias que lo requieran. En ocasiones, la oferta universal no está siendo accesible para los grupos vulnerables, o no se recibe del mismo modo por toda la población, por las desigualdades presentes en la sociedad.

Los equipos de salud regional en Determinantes Sociales deben:

- Vincular enfoque teórico de los Determinantes Sociales con los resultados sanitarios de su territorio.
- Detectar el nivel de vulnerabilidad familiar en su territorio, articulando acción intersectorial a la disminución de ella.
- Mantener información epidemiológica actualizada y relacionada con otros aspectos que permitan el desarrollo de la función explicativa o prospectiva del diagnóstico realizado.
- Mantener un sistema de información respecto de la oportunidad, pertinencia y excelencia de las prestaciones ofrecidas o disponibles.
- Utilizar la organización comunitaria en apoyo al incremento de capacidades familiares y redes sociales que mejoren el despliegue de las potencialidades de los niños y niñas en lo social, emocional y biológico.
- Diseñar mecanismos de validación y reconocimiento de buenas prácticas y saberes locales tanto de los equipos de salud como de grupos comunitarios en beneficio del desarrollo de la infancia.

3. ENFOQUE DE DERECHOS EN LA INFANCIA EN EL CAMPO DE LA SALUD

Este enfoque posiciona como derechos fundamentales la salud, el acceso a cuidados de salud y al ejercicio de la autodeterminación de las personas, lo cual implica que los distintos niveles y agentes de salud deben articularse de modo de asegurar la igualdad en el ejercicio de estos derechos de todas las personas, independiente de su estrato socioeconómico, identidad de género, edad, pertenencia a pueblos originarios, religión, orientaciones sexuales, etc [42].

En el año 1990, el Estado de Chile ratificó la “Convención sobre los Derechos del Niño” asumiendo el compromiso de asegurar la protección integral de la infancia mediante la interacción de todas las áreas que inciden en su desarrollo psicosocial.

¿QUÉ ES LA CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO [48]?

“La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de la niñez es un tratado internacional y un instrumento de Derechos Humanos específico para los niños, niñas y adolescentes basado en su consideración como personas merecedoras de respeto, dignidad y libertad.

La Convención abandona el concepto de niñez como “objeto pasivo” de intervención por parte de los adultos e introduce el concepto de niñez como “sujeto de derechos” con el mismo valor inherente a los adultos.

¿Cuáles son los derechos contemplados en la Convención?

Existen cinco tipos de derechos: sociales, económicos, culturales, civiles y políticos. Todos los derechos son importantes y tienen la misma jerarquía. Por su parte, todos los derechos son indivisibles e interdependientes. Es así como para asegurar el derecho a la educación hay que asegurar el derecho a la vida y a la salud. Los derechos se pueden agrupar en 4 categorías, a saber:

TABLA Nº 25.
DERECHOS QUE CONTIENE LA CONVENCION

DERECHOS SOCIALES	El derecho a la vida y a una óptima calidad de vida y desarrollo, el mejor nivel posible de salud y acceso a los cuidados de la salud; la educación, el juego, a un ámbito familiar, siempre que responda al interés superior de niños y niñas; al cuidado alternativo cuando la madre, padre o cuidadores no pueden brindarlo; a la reunificación familiar; a la promoción de la inclusión de la niñez con discapacidad; al apoyo de los papás y mamás de proteger los derechos de sus hijos e hijas.
DERECHOS ECONÓMICOS	El derecho a un adecuado estándar de vida para un desarrollo pleno; al beneficio de la seguridad social y a la protección de la explotación económica.
DERECHOS CULTURALES	El derecho a respetar el lenguaje, la cultura y la religión y a la abolición de prácticas tradicionales que pueden resultar dañinas para la salud.
DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS	A ser escuchados y considerados; a estar libre de todo tipo de discriminación en el ejercicio de los derechos en forma universal; a la libertad de expresión; a la privacidad; a la información; al respeto de la integridad física y personal; a la libertad de todas las formas de violencia, tratamiento cruel, inhumano o degradante; a la identidad; a asociarse con otros.

DERECHOS DE PROTECCIÓN

El derecho a la protección es un dispositivo que se implementa para proteger a todos los derechos. El derecho a la promoción del interés superior del niño y niña, a la protección de la explotación sexual y a participar en conflictos armados; a la protección contra las drogas peligrosas y el abuso y la negligencia; a la rehabilitación luego de situaciones de abuso, explotación o negligencia, amenaza, incumplimiento y vulneración de los derechos de la Convención.

- Se considera amenaza de derechos a: las acciones u omisiones del estado a través de sus instituciones (escuela, centros de salud, hospitales, clínicas, otros), de la familia y/o de la comunidad, que interfieran y obstaculicen el disfrute y/o ejercicio de uno o de más derechos, o el acceso a una igualdad de oportunidades para que niños, niñas y adolescentes logren su desarrollo integral y pleno.

- Se considera como violación o vulneración de derechos: a las acciones u omisiones provenientes del estado a través de sus instituciones, de la familia y/o la comunidad que nieguen o impidan el disfrute y/o ejercicio de algún derecho, pudiendo a la vez, implicar una amenaza a otros derechos.

- Los derechos en los ámbitos asistenciales: Derechos de menores de edad [48]. Para fortalecer el respeto de los derechos de niños y niñas, la Organización de Naciones Unidas y UNICEF publicaron los "Derechos del Niño Hospitalizado", que orienta a los equipos de salud a respetar y promover estos derechos en todas las prestaciones durante una hospitalización, incluyendo la indicación y condiciones de ésta, el intercambio de información, la participación activa en las decisiones relacionadas con su salud, y el cuidado de los factores psicosociales involucrados.

En 1995 el Gobierno de Chile aprobó una Norma General Administrativa sobre los Derechos del Niño Hospitalizado, cuyo fin es establecer las normas generales para la atención de los menores de 18 años, considerando que la hospitalización presenta situaciones médicas, tecnológicas, materiales, profesionales, legales, sociales y económicas que interactúan en el proceso de recuperación de la salud.

Los derechos de niños y niñas hospitalizados están orientados a velar por el cumplimiento de los mismos en la práctica Hospitalaria, y en su atención integral. Su finalidad es proteger a los menores y garantizar que sean respetados cuando están en esta situación. Es por ello que el rol de la institución hospitalaria y el rol de los profesionales, técnicos y administrativos que trabajan en ella, es primordial para velar por el cumplimiento de los mismos. Por ellos es importante incorporar en cada capacitación, reunión técnica o instancia de trabajo los temas de derechos de la infancia como tema eje transversal, y establecer un mecanismo de medición y garantía de los mismos en la institución.

Entre los resultados positivos de involucrar y hacer participar a los niños, niñas y adolescentes en la atención y cuidados de su salud, se pueden mencionar [49]:

- Se sienten más respetados.
- Alivia sus ansiedades y temores, sienten más confianza y reduce su nivel de incertidumbre.
- Les permite obtener respuestas y evitar malos entendidos y comprender mejor sus propias necesidades de cuidado en salud.
- Evita el estrés innecesario.
- Estimula su cooperación y los motiva a tomar mayores responsabilidades sobre su propia salud.

DERECHOS DE NIÑOS Y NIÑAS HOSPITALIZADOS

- Ser hospitalizados sólo si el cuidado que requieren no puede ser igualmente provisto en su hogar y/o en un tratamiento ambulatorio.
- Estar junto a su padre, madre y/o cuidadores, todo el tiempo que permanezcan hospitalizados.
- Que su padre, madre y/o cuidadores sean ayudados y alentados para que compartan el cuidado de sus hijos y sean informados acerca de la rutina de la sala.
- Estar informados de manera apropiada para su edad y entendimiento.
- Que se tomen todas las precauciones posibles para evitarles estrés físico y emocional.
- Participar de manera informada en todas las decisiones que tengan que ver con el cuidado de su salud.
- Ser protegidos del dolor, de tratamientos y procedimientos innecesarios.
- En caso de ser invitados a participar en ensayos clínicos o pruebas, el padre, la madre y/o cuidadores deben ser informados detalladamente sobre el procedimiento y, una vez comprendido, deberán autorizarlo por escrito (consentimiento informado).
- Si el niño o la niña tiene capacidad de comprensión, deberá decidir por sí mismo si quiere participar de dichas pruebas.
- Compartir su hospitalización con otros niños y niñas que tengan las mismas necesidades de desarrollo y, salvo en casos de extrema necesidad, no deben ser hospitalizados en sala de adultos.
- Tener la oportunidad de jugar, recrearse y educarse de acuerdo con su edad y condiciones de salud y posibilidades del hospital.
- Ser cuidados por personal capaz de responder a las necesidades físicas y emocionales de ellos y sus familias.
- Disponer de todos los medios posibles, la continuidad de tratamiento y el cuidado, tanto por el equipo de salud como por el grupo familiar a cargo del niño o la niña.

- Ser tratados con tacto y comprensión, y su privacidad debe ser respetada en toda circunstancia.
- Que se trate por todos los medios de que se sientan protegidos y acompañados, cualquiera sea la circunstancia por la que se hallan hospitalizados.
- Los equipos de infancia en materia de derechos deben:
- Conocer y difundir los derechos de los niños y las niñas hacia la comunidad y ser garantes de ellos en su región y en todos los ámbitos donde se asisten dentro del sistema de salud. Tener presente que los derechos de los niños y niñas hospitalizados/as deben ser supervisados en la práctica clínica, y velar por su instalación e inclusión. Para ello se puede utilizar pauta de autoevaluación [49]. Efectuar encuestas de satisfacción usuaria que incorporen consultas sobre vulneración de derechos.

4. ENFOQUE INTERCULTURAL

En nuestro país existe la ley 19.253 que establece las normas sobre protección, fomento y desarrollo de los pueblos indígenas y crea la corporación nacional de desarrollo indígena. Esta ley reconoce que los indígenas son descendientes de las agrupaciones humanas que existen en territorio nacional desde los tiempos precolombinos y que conservan sus manifestaciones étnicas y culturales propias, siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura [50].

El estado reconoce como principales pueblos indígenas de Chile a los pueblos Mapuche, Aimara, Rapa Nui o Pascuenses, la de las comunidades Atacameñas, Quechuas y Collas del norte del país, las comunidades Kawashkar o Alacalufe y Yámana o Yagán de los canales australes.

Es importante al efectuar la atención en niños y niñas, reconocer los aspectos culturales que pueden ser factores protectores o de riesgo en la atención, como la comunicación verbal, las indicaciones de la atención, e identificar dentro de la cultura si existe un socializador interlocutor entre la cultura y salud.

En algunas culturas los niños y las niñas desde que nacen ya tienen tareas que le son asignadas por su condición generacional, políticas y filosóficas (personifican la relación con la espiritualidad de la comunidad), las cuales están determinadas no sólo de acuerdo al género sino también a la edad; en este caso los niños y niñas tiene los mismos derechos que una persona adulta, y la comunidad lo respeta [51]. No obstante, dicho respeto, es necesario observar eventuales prácticas que podrían situar al niño o niña en situación de riesgo o vulnerar algún derecho.

A pesar de los esfuerzos de inclusión de los pueblos, hoy en día existen variables que influyen en la salud en la población infantil indígena. Las condiciones de pobreza y la posibilidad de superarla se agravan por el analfabetismo, la no inserción escolar, el poco acceso a la educación, entre otras variables que determinan su salud.

A pesar de existir herramientas jurídicas y normativas sobre la universalidad de los servicios, aún esto no es realidad en los pueblos indígenas dado que persisten barreras culturales que impiden la comunicación efectiva entre el "prestador" y el "usuario", tales como: diferencia lingüística; conocimientos y saberes de los pueblos indígenas no reconocidos; factores económicos (el costo de trasladarse hasta los centros de atención); geográficas (malas vías de comunicación o carencia de ellas, falta de transporte); sociales, (la marginación y discriminación); políticas (exclusión, invisibilización, ausencia de políticas públicas pertinentes) y aquellas barreras dadas desde la propia institucionalidad (burocratización de las prestaciones de salud).

La incorporación del enfoque intercultural en salud, permite a los equipos locales reconocer la existencia de un sistema médico indígena activo con base en el territorio y en su cultura. En este contexto, todo grupo familiar mantiene un nivel de conocimiento que le permite distinguir y actuar ante una anomalía, realizar ciertas prácticas médicas y recurrir a los especialistas de la medicina indígena. Este conjunto de señales y representaciones constituyen la arquitectura cognitiva, desde la cual los pueblos indígenas miran y observan los procesos de salud y enfermedad.

El equipo de salud infantil que interacciona con la comunidad con heterogeneidad cultural (originaria, migrante, territorial) necesita:

- Reconocer el medio territorial al que pertenece la familia y establecer actividades de fomento, protección y prevención acorde a sus necesidades.
- Conocer los rasgos culturales en cuidados y crianza de la población infantil.
- Mejorar el acceso a la atención en salud y trabajar con las personas que ellos validan en su comunidad indígena y cultural.
- Reconocer y respetar las características del estilo de vida de las personas que viven en comunidades indígenas.
- Utilizar mecanismos de ayuda efectiva y escucha activa para favorecer la adherencia a las políticas en infancia y la óptima salud de la población indígena.

NIÑOS Y NIÑAS MIGRANTES

Se estima que en el mundo, sin contar refugiados ni emigrantes irregulares, 180 millones de personas viven en un país distinto al de su nacimiento, fundamentalmente debido a migraciones laborales, lo que parece ser un fenómeno en expansión en la mayoría de las naciones [52].

Las cifras del Censo 2002 arrojan un porcentaje de extranjeros en el país que apenas alcanza al 1.2% de la población, pero con un aumento del 75% respecto del Censo de 1992. Aun así lejano a los índices mostrados por países históricamente receptores de población como Argentina (4%), y lejos también del 4% que ostentábamos en la primera mitad del siglo XX, época que marcó nuestro techo en materia de población extranjera residente. Una característica del Chile republicano ha sido su fuerte emigración de población, estadística que comparte con otras naciones latinoamericanas como Uruguay, Paraguay, Perú y Bolivia.

En datos del mismo Censo, la principal colonia extranjera en Chile corresponde a argentinos (26%), peruanos (21%) y bolivianos (6%). En menor cuantía se ubican brasileños, venezolanos, colombianos, uruguayos y paraguayos. Aunque estadísticas de extranjería más recientes indican que los peruanos han pasado a ocupar el primer lugar de los inmigrantes en el país. Del resto del mundo marcan presencia europeos (17%), de América del Norte (6%) y asiáticos (4,2%). En cifras muy minoritarias, representantes de África y Oceanía¹.

En el 2012, 1.025 niños, niñas y adolescentes extranjeros vulnerados en sus derechos fueron atendidos por SENAME; un 37.07% tenía 9 años y menos [53].

Chile ha sido históricamente un país de acogida o residencia temporal de inmigrantes. Se estima que en largo plazo la población inmigrante seguirá aumentando, en especial por la llegada de personas procedentes de países de la región.

Los derechos de las personas inmigrantes están consagrados en los tratados internacionales que Chile ha ratificado, lo que implica un compromiso con su cumplimiento. La causa principal de la vulneración de estos derechos es la ausencia de una política nacional integral que garantice a todas las personas un pacto social común, independientemente del lugar de nacimiento y país de residencia.

Respecto a la salud de los migrantes, existen acuerdos ministeriales, orientados a favorecer y facilitar el acceso y la atención promocional, preventiva y curativa, de las gestantes, niños, niñas y adolescentes, independiente de su nacionalidad y situación legal en el país:

- Convenio de colaboración entre MINSAL y el Ministerio del Interior con Resolución Exenta N° 1914 del 13 de marzo de 2008, en materia de regularización migratoria y atención en igualdad de condiciones tanto a la población chilena como a los extranjeros menores de 18 años.
- ORDINARIO 14 N° 3229, del 11 de junio de 2008 en materia de atención en salud de población inmigrante en riesgo social y situación de permanencia no regular, donde se acuerda proporcionar a todas las gestantes, niños y niñas menores de 18 años extranjeros atención en salud en los establecimientos de la red pública de salud, en igualdad de condiciones independiente de su situación migratoria y la de su padre, madre o cuidadores.

En salud, con el fin de otorgar atención a la población inmigrante en riesgo social, el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior han firmado el 10 de octubre del 2007, un convenio de colaboración que permite la entrega de un permiso de residencia temporaria a niños y niñas menores de 18 años independiente de su condición migratoria². En este convenio se acuerda proporcionar a toda la población extranjera y menor de 18 años, atención de salud en los establecimientos de la red pública de salud, en igualdad de condiciones que sus pares chilenos. Lo anterior es válido independiente de su situación migratoria en Chile y la de su padre, madre o representantes legales:

- Para ello se deberá inscribir a los niños y niñas menores de 18 años que se encuentren en situación migratoria irregular, en los establecimientos de atención primaria correspondientes a su domicilio.
- Con fundamento de esta inscripción o el certificado del médico tratante que acredite la atención en algunos de los centros de la red pública de salud, el menor podrá solicitar ante la autoridad migratoria que corresponda a su domicilio un permiso de residencia temporaria, en caso de no asistir a un establecimiento educacional.
- En caso que se encuentre matriculado en un establecimiento educacional reconocido por el estado podrá solicitar un permiso de residencia de estudiante.
- Mujeres embarazadas en situación irregular [54]: Se debe otorgar una visa de residencia temporaria a la mujer que se encuentra en estado de gravidez y que se controla regularmente en el consultorio que corresponde a su domicilio.
- En forma previa debe presentar, junto a la documentación general para optar a un permiso de residencia, un certificado de control de embarazo emitido por el consultorio al que la mujer asiste, con la firma y timbre de una autoridad responsable de este servicio.
- Podrán acogerse a este servicio aquellas extranjeras, que habiendo tenido una residencia en el país, ésta se encuentre vencida, debiendo acreditar su condición de irregularidad y que son atendidas en los consultorios públicos, correspondientes a su domicilio. De esta forma este grupo inmigrante tiene la posibilidad de regularizar su situación migratoria de forma expedita con el fin de ser atendida por la red asistencial pública de salud en igualdad de condiciones que sus pares chilenas.

¹ Biblioteca del congreso nacional, http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2006-05-16.1264867506

² Ord a 14 n° 3229 MINSAL .06.2008

- La población infantil de migrantes, y extranjeros en general, aun sin haber regularizado su situación, tienen derecho a la atención de urgencia. Así mismo pueden atenderse en forma privada cancelando el valor de las prestaciones médicas u hospitalarias.
- En cuanto a las acciones de promoción y protección de la salud de las personas que tienen por objeto la conservación de la salud de la población previniendo riesgos biomédicos, el MINSAL garantiza su aplicación a toda la población que habita el territorio nacional. Lo anterior es independiente de la situación previsional de las personas y que se otorga en forma gratuita en los consultorios y postas del sistema de salud que correspondan al domicilio del solicitante, sin perjuicio de que también puedan otorgarse en organismos públicos o privados con los que exista convenio para ello.

5. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El modelo biomédico fue por mucho tiempo la forma en que la sociedad occidental entendió la salud y enfermedad, hoy en día esta visión se bate en retirada tras la luz de la evidencia que da cuenta que los modelos reduccionistas son insuficientes para explicar dichos fenómenos. La salud y la enfermedad no están conceptualmente separadas de la persona; ni ésta de su medio ambiente. Así es que la teoría general de sistemas y el modelo integral, plantean un cambio de paradigma; constituyéndose como los fundamentos teóricos de la medicina familiar [55].

El modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, hace suyas las demandas ciudadanas. Entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud [56].

Esta manera de operar es aplicable a toda la red y sus elementos centrales son [57]:

- a. Interculturalidad
- b. Promoción de Salud
- c. Enfoque familiar y comunitario
- d. Enfoque biopsicosocial
- e. Resolutividad
- f. Continuidad de la atención y de los cuidados de salud
- g. Prestación de servicios integrados
- h. Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad
- i. Impacto sanitario y orientación a resultados
- j. Enfoque de equidad de género en salud
- k. Participación social

Este modelo existió en Chile en los años 60, se retomó en el año 1998, instalándose progresivamente en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), para en el año 2002 constituirse como un elemento eje de la reforma del sector salud de Chile.

En el marco de la reforma del sector, se estableció que el sistema de salud debía contribuir a mejorar la salud de la población y minimizar las disparidades observadas, destacándose la evidencia que daba cuenta respecto a que los sistemas de salud organizados en torno a atención primaria y un modelo de atención integral con enfoque familiar, eran el medio a través del cual se logran ambas metas [58].

El modelo de atención establecido funciona a través de la sectorización geográfica, formación de equipos de cabecera, designados a través de los sectores de centros de salud. Los equipos de salud son aquellos que conocen las necesidades de su población, y en familias de alta vulnerabilidad, efectúan el plan de cabecera, que permite entregar una atención de carácter integral, otorgando una atención enfocada en el fortalecimiento de los factores protectores.

Es importante señalar que independiente de la integralidad del modelo de salud familiar e infantil, existen en los establecimientos profesionales y/o técnicos de diversas disciplinas, con competencias diferentes y complementarias entre sí. Esto es muy importante tener en cuenta cuando se atiende a niños y niñas, ya que debe ser de la mayor calidad y especificidad, y por lo tanto las funciones que cada profesional o técnico desempeñan serán acordes a su formación y complementarias a las funciones que desempeñen otros profesionales.

El ideal es contar con equipos con competencias variadas, capaces de enfrentar creativa y propositivamente los desafíos del entorno. Es importante contar con un grupo de profesionales con competencias transversales, relacionadas con el conocimiento del sector, enfoque estratégico de la intervención y el estilo de relación que debe establecerse con las familias. Estas permitirán incrementar la efectividad del trabajo y detectar con fundamentos la incorporación de otros profesionales o técnicos al equipo, tanto en calidad como en cantidad.

El equipo de salud que incorpora el enfoque de salud integral en su quehacer deberá tener las siguientes consideraciones al momento de generar las atenciones [56]:

- Analizar el proceso salud enfermedad. De una manera circular de comprensión de los fenómenos biopsicosocial (pensamiento sistémico)
- Una forma distinta de relación con las personas, familias y comunidad, en la que su participación pasa a ser relevante en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo cual implica una forma relacional diferente, entre los miembros del equipo de salud.
- Una forma más participativa de hacer salud, tanto en el diseño como en la implementación

Esto exige que los equipos de salud fortalezcan las siguientes competencias técnicas y relacionales [56]:

- Desarrollo de una actitud de profundo respeto por el otro.
- Aceptación del otro como un ser distinto, único y autónomo.
- Reconocer los derechos de las personas, al cuidado de la salud y la no discriminación.
- Mejor entendimiento del contexto del otro, sus motivaciones y sentimientos.
- Interés por la persona, su historia, sus temores y expectativas.
- Compromiso por el otro como ser social, aceptar su necesidad de compañía (de familia, amigos) y la influencia que estas redes sociales tienen sobre él.
- Reconocimiento de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del otro.
- Explicar lo que el otro necesita saber.
- Informar con honestidad, siempre en sintonía con las necesidades de las personas y familias.
- Continuidad en el vínculo que se manifiesta en el cuidado durante la vida y en ayudarlo a bien morir.

6. MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA EN LA PRÁCTICA PEDIÁTRICA (MODELO DE ATENCIÓN PROGRESIVA)

Los establecimientos de mayor complejidad cuentan con un modelo de Autogestión en red, el cual forma parte de lo establecido en la reforma sanitaria para este tipo de centros asistenciales. Cada establecimiento tiene como requisito efectuar su acreditación para el cumplimiento del modelo de calidad, y esta acreditación debe ser efectuada periódicamente. La política -o modelo de gestión-, en lo esencial señala la misión de los establecimientos y los elementos estratégicos de las organizaciones hospitalarias en el ámbito de liderazgo y desarrollo organizacional, gestión de recursos humanos, planeamiento estratégico, gestión clínica, y en la introducción de nuevas herramientas tales como atención progresiva; gestión del cuidado; ambulatorización de los procesos asistenciales; control social y participación usuaria; mejora continua de la calidad; seguridad del paciente y costo efectividad de los procesos y de la introducción de tecnologías [59]. El Hospital acorde a los lineamientos de la red asistencial y objetivos sanitarios establecidos debe construir un plan de actividades e inversiones y posteriormente definir sus requerimientos financieros.

A partir de la Ley 19.937 sobre autoridad sanitaria y gestor de redes (24 de febrero de 2004), y del Decreto Supremo N° 140 (21 de abril de 2005), se desprende que dentro de las funciones generales de los establecimientos hospitalarios se encuentra la evaluación e intervención en cada uno de los niños hospitalizados y niñas hospitalizadas en cuanto a las necesidades de cuidado (Ej: Categorización de pacientes). Este criterio es el que determina el ingreso o egreso de las distintas Unidades de atención.

Los Servicios Clínicos en este tipo de establecimiento, se organizan con el criterio de mayor a menor complejidad Médico-Técnica o de alta especialización:

- Unidad de Paciente Crítico (UPC): Estructura que reúne a la unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidado intermedio de un establecimiento bajo una organización y dependencia común para la atención del paciente hasta los 15 años de edad [60].
- Unidad de Cuidados Intensivos (indiferenciados) (UCI): Dependencia Hospitalaria destinada a proporcionar cuidados médicos, de enfermería, kinesiología y demás profesiones necesarias, durante las 24 horas del día, en forma eficaz y oportuna, a pacientes críticos o inestables pero con posibilidades de recuperación. Se caracteriza por concentrar personal altamente capacitado, con residencia médica permanente, así como tecnología adecuada a su complejidad. En este Servicio se hospitaliza población infantil que requiere apoyo de ventilación mecánica.
- Unidad de Tratamientos Intermedios (indiferenciados) (UTI): Dependencia del Hospital destinada al manejo de pacientes críticos. Puede existir en forma exclusiva en aquellos hospitales que no requieran una UCI debiendo en este caso contar con una red preestablecida de traslado y una cama de estabilización o reanimación pre traslado.
- Unidad de Cuidados Básicos: Se hospitalizan a niños y niñas que no requieren tratamientos invasivos, pre y post operatorios de cirugías ambulatorias o a los cuales se les realizó exámenes que requieren un periodo de observación.
- Unidad de larga estadía: Se hospitalizan a niños y niñas que requieren de terapias que no pueden ser realizadas en el hogar ya sea por lejanía de los Centros de Salud o por su complejidad en la administración.

MODELO HOSPITAL AMIGO (FAMILIA Y COMUNIDAD)

El Modelo de Hospitales Amigos del Niño (IHAN) fue iniciada en 1991 por la OMS y el UNICEF con el propósito de que los servicios pediátricos y maternidades promuevan la lactancia materna. Es una modalidad estratégica global de los establecimientos hospitalarios que incorpora en el modelo de gestión, mecanismos que favorecen el vínculo y la relación de la persona hospitalizada con sus familiares; se favorece la integración de las familias con la organización; se promueve la continuidad e integralidad de los asistencia; y se da soporte holístico a niños, niñas y sus familias en aspectos psicológicos, espirituales y sociales.

El Hospital amigo fue implementado en el año 2007, pero desde ya hace mucho tiempo los servicios de pediatría y Unidades de Neonatología, autorizaban la permanencia de los padres, madres y/o cuidadores para favorecer la recuperación de sus hijos e hijas.

El Hospital Amigo establece que todos los pacientes tienen la facultad de nombrar a un familiar como "acompañante". Éste tiene las siguientes características:

- Es abierto a la comunidad.
- Establece el acompañamiento de la niña y el niño por la familia en el periodo de la hospitalización.
- Posibilita la interacción con la familia
- Establece horarios de atención acordes al acompañamiento.

Desde el Modelo de Hospital Amigo se establecen derechos y deberes, a saber:

- Un familiar o persona cercana al paciente asumirá el rol de "acompañante" durante el periodo de hospitalización.
- Cuando es hospitalizado el paciente, el "acompañante" recibirá un brazalete que identificará su rol dentro del servicio clínico.
- El "acompañante" podrá permanecer durante siete horas diarias junto al paciente, desde las 12:00 hrs. hasta las 19:00 hrs., para ayudarlo y apoyarlo con sus necesidades básicas.
- El "acompañante" deberá respetar todas las normas de la institución y del servicio clínico.
- El "acompañante" de las Unidades Críticas, deberá acogerse al régimen de visita que disponga el servicio. Sin embargo, la Unidad de Pabellón, Anestesia y Recuperación mantendrá su horario actual de visitas cuya duración es de una hora.
- El "acompañante" recibirá información del estado de salud del paciente y de los procedimientos que se le practiquen, mediante el personal del servicio clínico.
- El "acompañante" contará con salas de servicios higiénicos, comedor, y block para que puedan descansar y esperar durante algún procedimiento o intervención quirúrgica. Por ende, dichos usuarios y familiares tienen prohibido la ingesta de alimentos en los pasillos, escaleras y salas de hospitalización.
- El "acompañante" deberá respetar los horarios de procedimientos de su paciente y de los demás enfermos, debiendo salir de la sala cuando sea requerido por el profesional de salud.
- El paciente tiene prohibido ingresar a la sala hospitalaria con flores y alimentos. Éstos deberán ser autorizados por un profesional del servicio clínico.

- Una vez otorgado el alta al paciente, el “acompañante” será el encargado de retirar al usuario del servicio clínico.
- Uso del Brazalet: El “acompañante” deberá utilizar el brazalet hasta que su paciente reciba el alta, y posteriormente, entregarlo al servicio clínico respectivo. En caso de pérdida, el “acompañante” no podrá hacer uso de sus derechos.

**CAPÍTULO V:
ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN
DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD EN LA INFANCIA**

En el presente capítulo se identificarán las funciones y roles de los profesionales que efectúan la gestión del Programa Nacional de Salud en la Infancia.

El Programa de Salud de la Infancia se inicia en la década de los 50, con una perspectiva asistencial, focalizada en la atención de la morbilidad de niñas y niños, generando intervenciones centradas en disminución de la mortalidad infantil. A través de los años, el programa ha presentado diversas modificaciones, cuenta con financiamiento a través del per cápita y apoyo de profesionales de las diferentes disciplinas, favoreciendo el enfoque holístico de la atención.

El programa consta de niveles de gestión que facilitan la vigilancia, derivación y coordinación de manera rápida y permanente para asegurar la atención y resolución de problemas de salud en la infancia. Esta resolución fluctúa desde situaciones inminentes, que comprometan el riesgo vital de niños, niñas y su familia (por ejemplo, en brotes epidémicos, traslados críticos, etc.), hasta la resolución de derivación a especialista ante la sospecha de patologías en la infancia. Los principales ejes que potencian al Programa de Salud de la Infancia son:

- Es uno de los programas emblemáticos de salud pública que ha logrado disminuir la morbimortalidad infantil, y controlar su tendencia hacia la disminución.
- La inversión en promoción de salud y prevención de enfermedades en la población infantil posee mayor impacto poblacional y costo -efectividad en acciones de salud, con repercusiones positivas a largo plazo, como por ejemplo, disminución de tasas de prevalencia de enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, entre otras.
- Los indicadores de mortalidad y morbilidad neonatal e infantil son utilizados como indicadores de desarrollo país, por lo cual su control y ejecución deben ser monitoreados periódicamente en niveles de SS y SEREMIS.
- La gestión programática en salud pública infantil contribuye a disminuir la morbimortalidad a través del curso de vida, en la adolescencia y edad adulta.

1. GESTIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD EN LA INFANCIA

La Reforma de la Salud del 2005 realza el rol de la salud pública y sus funciones dentro del sistema de protección de la salud en Chile [44], la reformulación busca mejorar la salud para todos y todas, con igualdad de derechos e implementación de políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica en el uso de los recursos y participación social [61]. 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 de 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 el Código Sanitario y leyes como la Ley de Autoridad Sanitaria, la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), la Ley 10.383 que establece el Sistema Nacional de Salud (SNS) y entre otras que establecen su accionar.

Funcional y administrativamente el Ministerio de Salud opera a través de dos Subsecretarías, cada una con misiones y funciones específicas y complementarias.

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 [62]. A nivel regional, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) y sus oficinas provinciales cumplen un rol de Autoridad Sanitaria Regional.

Funciones en relación con el Programa de Salud en la infancia en la Subsecretaría de Salud Pública:

- 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 la población infantil.
- Mantener reuniones periódicas con Sociedades Científicas, representantes de las universidades, de otros organismos del estado que tiene relación con la infancia como JUNAEB, JUNJI, INTEGRA, COANIL, SENAME, Ministerio de Educación, Ministerio Desarrollo Social, Ministerio del Ambiente, representantes gremiales para efectos técnicos del programa, entre otros.
- Realizar reuniones periódicas en conjunto con los Encargados del Programa Infantil de los Servicios de Salud, 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.
- Apoyar la gestión en infancia a otros países, con el fin de facilitar el intercambio de información y cooperación en salud infantil.
- Integrar el comité nacional de lactancia materna y mortalidad infantil.

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.
- Programa de Enfermedades Transmisibles
- Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial CHCC
- Programa de Enfermedades crónicas no transmisibles.
- Programa de Tuberculosis
- Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
- Programa de Promoción de la Salud
- Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)
- Secretaría Ejecutiva Ges
- Programa de Salud Bucal
- Programa Nacional de la Mujer
- Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
- Programa de Salud Mental
- Discapacidad y Rehabilitación
- Programa IRA

SECRETARÍAS REGIONALES MINISTERIALES

De acuerdo a las disposiciones establecidas en la Ley 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 [63]. Dentro de sus principales funciones se encuentran:

- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad.
- Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, resoluciones e instrucciones sobre la materia, para lo cual se encontrará dotado de todas las facultades y atribuciones que el Código Sanitario y demás normas legales y reglamentarias sanitario ambientales le confieren.
- Adoptar las medidas sanitarias que correspondan según su competencia.
- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada servicio de salud.
- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas.
- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4º de la ley N° 19.813.
- Organizar, bajo su dependencia y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.
- Cumplir las acciones de fiscalización y acreditación que señalen la ley y los reglamentos.
- Colaborar, a solicitud de cualquier organismo público del sector salud, en la implementación de procedimientos de recepción de reclamos.

Funciones en relación con el Programa de Salud en la infancia en SEREMIS:

- 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, 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 biopsicosociales y socioeconómicos 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 los Encargados 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 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 las décadas.
- 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, CHCC)

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

La Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) es responsable de la gestión de la Red de los Servicios Asistenciales y coordinación de los Servicios de salud del país. Tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del sistema. Su rol fundamental es regular y velar por el funcionamiento de las redes de salud, diseñando políticas para su coordinación y articulación; esto orientado a satisfacer integralmente las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad y respeto de los derechos y dignidad de las personas. Asimismo esta Subsecretaría es responsable de la regulación de las prestaciones y de las acciones de salud, y de las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares que serán exigibles [62].

Funciones en relación con el Programa de Salud en la infancia en Subsecretaría de Redes:

- 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, respiratorios. Derivaciones a

especialidades: cirugías, dermatología y otros, por el equipo de salud integral (derivación oportuna a consultas promocionales y preventivas con Nutricionistas(os), Psicólogas(os), kinesiólogos, educadoras de párvulos, etc.)

- 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 infantil, 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 del niño/a en la infancia, actualizadas cada 3 años. (objetivo Sanitario de la década 2011-2020).
- 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/as, en la red local y nacional.
- Monitorear el cumplimiento de Objetivos Sanitarios, Metas Sanitarias, IAAPS, compromisos de gestión, Ges, CHCC 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.
- Potenciar estrategias que faciliten un trabajo integrado en los distintos niveles de atención especialmente en los aspectos relacionados con referencia y contrarreferencia.
- Efectuar en conjunto con equipo de Salud pública, plan de acción anual para fortalecimiento de prestaciones en la infancia.

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 presten 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 [64].

Sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley respecto de los establecimientos de autogestión en red y de los establecimientos de salud de menor complejidad, y de las atribuciones que le asignen otras leyes y reglamentos, para el desempeño de sus funciones el director tendrá las siguientes facultades:

En el orden de la gestión, articulación y desarrollo de la Red Asistencial: velar y en caso de que sea necesario, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial, como asimismo, coordinar, asesorar, controlar y evaluar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos de la Red del Servicio;

En el ámbito de la Gestión de los Programas de las Personas: 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 resolutoria de la Red y los recursos disponibles.

Funciones en relación con el Programa de Salud en la infancia en Subsecretaría de Salud:

- 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 resolutoria 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 los 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 el 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, etc.
- Evaluar el cumplimiento del Programa de Infancia en visitas consensuadas con los Encargados 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, INTEGRAL, 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 que incluyen indicadores GES, PADBP, IAAPS infancia, etc.

DIRECCIÓN DE SALUD COMUNAL (DSC)

La Dirección de salud comunal, efectúa sus acciones acorde al estatuto de atención primaria de salud [65].

Funciones en relación con el Programa de Salud en la infancia en DSC:

- 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.

CENTROS DE SALUD DE LA 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 en relación con el Programa de Salud en la infancia en centros APS:

- 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 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 SS los nodos críticos detectados.
- Realizar acciones que apoyen la promoción y prevención de la salud familiar y comunitaria.

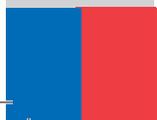
CENTROS DE MAYOR COMPLEJIDAD

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.

Funciones en relación con el Programa de Salud en la infancia en centros de mayor complejidad:

- Velar porque en todos los Servicios clínicos pediátricos, 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 en la Infancia, convocadas por los SS 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 domiciliaria, etc.).

CAPÍTULO VI: PRESTACIONES DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD EN LA INFANCIA



En el presente capítulo se dan a conocer las prestaciones para la atención en salud de niños y niñas de 0 a 9 años, tanto universales como específicas.

La atención integral a la población infantil, corresponde a un conjunto de acciones destinadas a vigilar en conjunto con la familia el proceso de 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 buscan dar respuesta a las necesidades de la población infantil que cada nivel de atención atiende. Es por esto que se vuelve relevante conocer la eventual demanda antes de definir la programación anual de cada establecimiento.

La demanda puede ser estimada en base a población inscrita, diagnósticos locales, prevalencias locales y cuando no se disponga de dicha información, prevalencias nacionales o internacionales de problemas de salud, entre otras fuentes de información.

Las prestaciones otorgadas a niños, niñas y sus familias deben considerar el enfoque de curso de vida, desde la gestación hasta la adolescencia.

PROGRAMA DE PRESTACIONES UNIVERSALES

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, inmunizaciones y talleres, entre otros.

PROGRAMA DE PRESTACIONES ESPECÍFICAS

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.

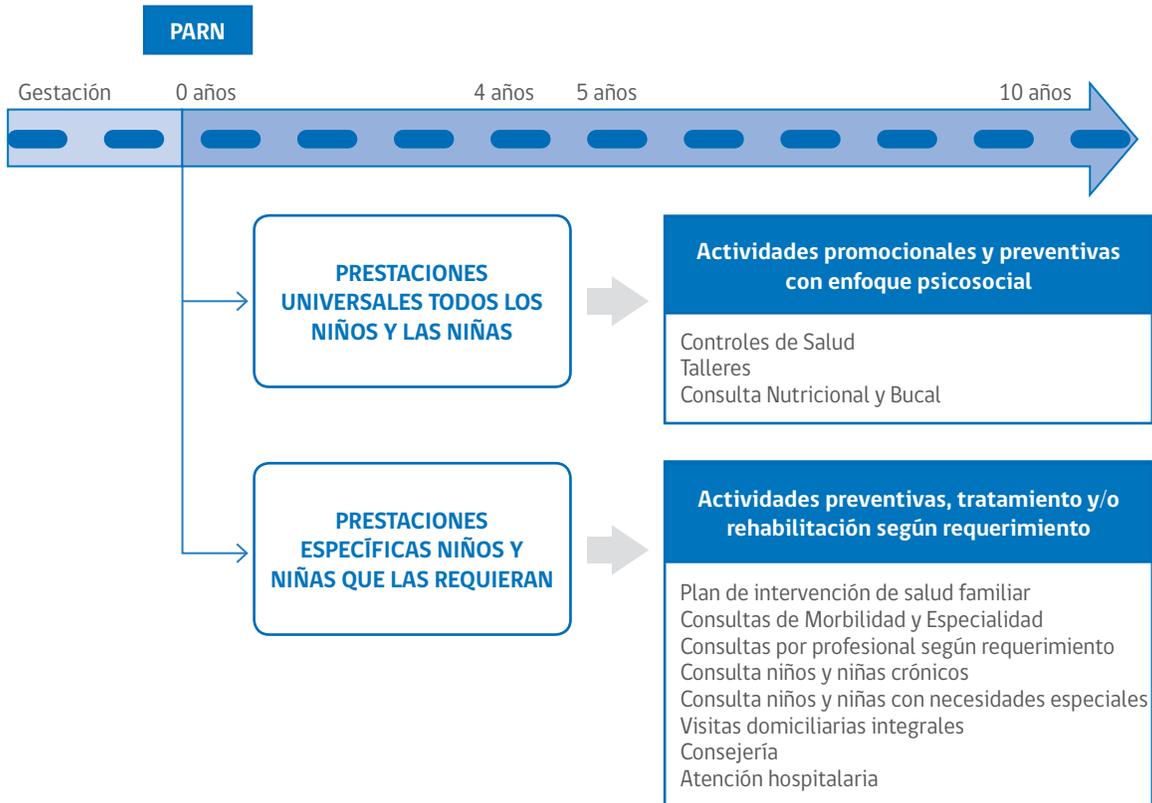
Generalmente estas prestaciones son diferenciadas y corresponden a consultas de profesionales de distintas disciplinas, médicos y/o especialistas, además de prestaciones como visitas domiciliarias, talleres de intervención, atención hospitalaria, exámenes de laboratorio, entre otros.

PRESTACIONES DE SALUD PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 9 AÑOS

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA

- Actividades de promoción del desarrollo y salud infantil
- Programa nutrición infantil
- Atenciones por especialista a niños y niñas
- Servicios neonatología y pediatría
- Prestaciones de rehabilitación pediátrica
- Programa salud bucal
- Programa de alimentación complementaria
- Programa de Inmunizaciones

Programa de Apoyo al desarrollo Biopsicosocial (CHCC) Programa de Salud Escolar



1. PROGRAMA DE PRESTACIONES UNIVERSALES

La prestación básica, esencial y de primera prioridad, es el Control de Salud Infantil (llamado también "Control de Salud del Niño Sano") a través del cual se realiza el seguimiento a la trayectoria del crecimiento, desarrollo y detección de riesgo de niños y niñas de 0 a 9 años. Los controles de salud se encuentran vinculados a otras prestaciones orientadas a fortalecer las competencias parentales para promover la salud de sus hijos e hijas y detectar oportunamente problemas que requieran de intervención. Los temas ejes son el refuerzo de habilidades parentales, la estimulación del desarrollo psicomotor, alimentación saludable, actividad física y fomento de competencias socioemocionales en la población infantil.

El objetivo de este plan de prestaciones es promover el desarrollo integral de la población infantil según sus potencialidades, favoreciendo el desarrollo de herramientas para fomentar una buena calidad de vida tanto a nivel personal como familiar. Para lograr dicho objetivo se debe favorecer la continuidad de los controles de salud, apoyar la crianza, anticiparse a los probables daños y riesgos y cuando estén establecidos intervenir en forma oportuna a través del canal de prestaciones específicas o de la red de atención de salud y comunitaria.

Dentro de las prestaciones universales para la infancia se encuentran insertas las prestaciones del programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial (PADBP) y del programa de salud escolar de 5 a 9 años.

PRESTACIONES PROMOCIONALES GRUPALES

Talleres en la infancia: Son talleres destinados a padres, madres y/o cuidadores para fortalecer las habilidades parentales, prevenir enfermedades, fomentar el desarrollo integral de niños y niñas y potenciar los factores protectores familiares. Utilizan metodologías participativas, con dinámicas grupales, privilegiando el aprendizaje, la expresión de emociones y el intercambio de experiencias entre pares.

- **Taller Normas de crianza o pautas de crianza:** Talleres promocionales y preventivos destinados a fortalecer el desarrollo integral de niños y niñas, apego, contención y regulación (llanto, alimentación, sueño, lactancia) y la estimulación temprana, entre otros.
- **Taller de Autocuidado:** Es una actividad grupal preventiva para familias con niños y niñas orientadas a fortalecer competencias parentales y desarrollo de conductas de autocuidado y promoción. Ej: IRAS, hogares libres de humo de tabaco, malnutrición por exceso, problemas de Salud Mental, etc.
- **Talleres Nadie es Perfecto (NsP):** Actividad de educación grupal para madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas de 0 a 5 años con metodología de NsP. Esta prestación de carácter universal tiene un fuerte foco en promoción y prevención y está destinada a familias sin problemas graves que deseen mejorar sus habilidades de crianza y mejorar su relación con sus hijos. Los objetivos son compartir información, experiencias y apoyo para la crianza efectiva, el cuidado y desarrollo del niño o la niña, y fortalecer la instalación de interacciones sensibles y estrategias de disciplina efectivas.
- **Otros talleres grupales promovidos por MINSAL o de desarrollo local:** Incluye aquellos que se registran en REM y que benefician a población infantil.

A continuación se presenta un detalle de las prestaciones universales, con sus acciones específicas, cobertura, concentración, rendimiento y recurso humano.

TABLA N° 26.
ACTIVIDADES PROMOCIONALES PARA NIÑOS Y NIÑAS

PRESTACIÓN	ACTIVIDAD PRINCIPAL	CONCENTRACIÓN	COBERTURA	RENDIMIENTO	RECURSO HUMANO
Actividades promoción comunidad	Realizar actividades de promoción en el marco de la "Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local"	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
Consejería promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco	Consejería a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 3 meses	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
Promoción de Lactancia Materna ³	Consejería en lactancia	En ingreso de la diada, hasta el control de los 2 años (Adelantándose a crisis transitorias de lactancia, incorporación de alimentación sólida y fórmula)	80%	2 x hora 3 a 5 por hora Grupal	Equipo Integral
Talleres Nadie es Perfecto	Desarrollo y fomento de habilidades parentales	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/a de metodología Nadie es Perfecto

³Cuando 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 meses ⁴	Prevención IRA, fomento lactancia materna, estimulación de niños y niñas (uso de acompañandote a descubrir), higiene del sueño, manejo de llanto, masaje infantil, entre otros	1 taller temático mensual o según necesidad	80% de niños y niñas menores de 3 meses y/o según necesidad ni-mas iones de 6 a 12 personas	3 a 5 familias x hora.	Equipo de salud
Talleres grupales 3 meses y más	Promoción salud ambiental y prevención de accidentes ; fomento Juego ; estimulación, normas de crianza, hábitos de vida saludable Control de esfínteres; Salud mental infantil, actividad física, alimentación saludable, entre otros ⁵	1 taller temático mensual o según necesidad	50% de niños y niñas	3 a 5 familias x hora.	Equipo de salud
Talleres promocionales en coordinación con el intersector	Talleres en el intersector (colegios, jardines infantiles, gimnasios, etc. Modalidad de estimulación, o centro de salud familiar)	1 a 3 (dependiendo del tipo del taller)	80% niños y niñas derivados según diagnóstico local de salud.	1-3 Sesiones de 3 a 5 familias x hora	Equipo de salud integral

⁴No incluye a Taller Nadie es Perfecto

⁵Para temas recomendados ver Catálogo de Prestaciones Chile Crece Contigo

A) PRESTACIONES PROMOCIONALES Y PREVENTIVAS EN EL CENTRO DE SALUD

Dentro de las prestaciones promocionales y preventivas dirigidas a la población infantil que se ejecutan en centros de salud de atención primaria, se destacan:

CONTROL DE SALUD INFANTIL

Es la atención integral, sistemática y periódica proporcionada a niños y niñas con el objeto de vigilar su normal crecimiento y desarrollo, la cual entrega acciones básicas de promoción y prevención de la salud desde los 0 a 9 años. Es actividad realizada por profesional médico y/o enfermera o matrn/a en el caso de los recién nacidos, y contiene una serie de sub-actividades, dentro de las cuales se encuentran:

- Interacción padres, madres y/o cuidadores con profesional de salud
- Anamnesis
- Examen físico completo
- Evaluación del estado nutricional
- Evaluación del desarrollo integral
- Fomento de las habilidades parentales
- Detección de factores de riesgo
- Entrega de leche según Programa Nacional de Alimentación Complementaria (Leche Purita Fortificada hasta los 18 meses y Purita Cereal desde los 18 meses de vida hasta los 6 años)
- Inmunizaciones según calendario del Programa Nacional de Inmunizaciones.

CONTROL DE SALUD GRUPAL INFANTIL

Actividad que forma parte de la atención sistemática y periódica que se realiza con el niño o la niña, y con la madre y/o el padre en modalidad grupal. En este tipo de control el profesional de salud actúa como moderador y es la relación entre pares la que actúa como catalizador del empoderamiento de las familias para la promoción del desarrollo de sus hijos o hijas. Así mismo, puede permitir la participación de otros miembros de la familia involucrados en la crianza.

CONSULTA NUTRICIONAL 5 MESES

Es la atención nutricional de carácter promocional destinada a vigilar la lactancia materna e indicar cómo se debe realizar la correcta introducción de la alimentación sólida una vez que el niño o la niña cumpla los seis meses de vida (180 días), con énfasis en el fomento de hábitos de alimentación saludable evitando la introducción precoz de alimentos de alta densidad calórica y proteica; nada de sal ni azúcar⁶.

⁶Consejo Breve en Vida Sana e incorporando contenidos de las Guías Alimentarias, la Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 años, las Guías para una Vida Saludable I y II, las Guías de Alimentación hasta la Adolescencia y la Norma General Técnica N°76 "Guía educativa para una vida saludable, guías alimentarias, actividad física y tabaco" y actualizaciones respectivas.

CONTROL DE SALUD BUCAL 2 Y 4 AÑOS

Es la atención odontológica realizada por el dentista en el centro de APS, establecimientos de educación parvularia o centros comunitarios a los niños y niñas de 2 y 4 años con el objetivo de evaluar y controlar el normal crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, promover la salud bucal integrando a los padres y/o cuidadores principales en los cuidados de salud y prevenir las principales patologías bucales.

En caso de diagnosticar patologías bucales, se debe derivar a consulta de salud bucal descrita en programa de prestaciones específicas. Dichas prestaciones recuperativas pueden ser otorgadas durante el mismo control de salud bucal o en uno posterior.

CONSULTA NUTRICIONAL CON COMPONENTE DE SALUD BUCAL 3 AÑOS 6 MESES

Es la atención nutricional con componente bucal, dirigida a educar en estilos de vida saludable, con énfasis en alimentación y actividad física. Esta prestación posee un componente de salud bucal que considera: refuerzo de higiene con cepillo y pasta fluorurada (500 ppm); refuerzo del consumo de agua potable; moderación en el consumo de azúcar y sal; y control de malos hábitos bucales [66].

CONTROL DE SALUD BUCAL 6 AÑOS – GARANTÍA AUGE “SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS”

Es la atención odontológica de nivel básico o primario de niños y niñas de 6 años derivados desde colegio, centro de salud o consulta espontánea, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente, para mantener una buena salud bucal. A los 6 años se inicia la dentición mixta, siendo necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas e dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal.

TABLA N° 27.
ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS A TRAVÉS DEL CONTROL DE SALUD INFANTIL

ACTIVIDADES	ESTÁNDARES
<p>DÍADA⁷, ANTES DE LOS 10 DÍAS DE VIDA</p> <p>CONTROL DE SALUD</p> <p>Recepción de los antecedentes del proceso de nacimiento y puerperio.</p> <p>Confirmar registro de vacuna BCG en la maternidad.</p> <p>Confirmar registro de toma PKU y TSH en la maternidad.</p> <p>Seguimiento a los factores de vulnerabilidad detectados durante la gestación y al plan de intervención.</p> <p>Evaluación biopsicosocial de la madre, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del recién nacido o nacida, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Aplicación de Score riesgo de morir por neumonía.</p> <p>Evaluación y apoyo a la técnica de lactancia materna con el objetivo de mantener o recuperar la lactancia materna exclusiva.</p> <p>Consignar diagnóstico, considerando: Incremento ponderal desde alta hospitalaria, lactancia materna con o sin dificultades. Estipular problemas detectados, problemas de salud detectados en el niño o niña, problemas de salud detectados en la madre, problemas psicosociales detectados, etc.</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y generar eventuales derivaciones tanto de la madre como del RN.</p> <p>Generar adherencia de la familia al control de salud del niño y la niña, incentivando la participación del padre.</p> <p>Entrega de material educativo, Acompañándose a descubrir 1 Pack N° 1 y N° 2.</p> <p>Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda.</p> <p>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>	<p>Cobertura: 100% atención según demanda espontánea</p> <p>Concentración: 1</p> <p>Rendimiento: 60 minutos por diada</p> <p>Recursos Humanos: Hora matró/a o médico</p>

⁷Están contenidas las principales actividades en el control de la diada, para mayor información consultar el "Manual de Atención personalizada en el proceso reproductivo", Minsal 2008.

1 MES	<p>CONTROL DE SALUD</p> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Evaluación integral a la relación madre, padre e hijo o hija Aplicación de Protocolo Neurosensorial y pesquisar anomalías o malformación</p> <p>Aplicación de Score de riesgo de morir por neumonía.</p> <p>Recetar medicamentos en caso que sea necesario e indicar vitamina D 400 UI.</p> <p>Evaluación de la lactancia, técnica y eventuales problemas presentados, apoyo en solución de problemas y consejería.</p> <p>Consignar diagnóstico, considerando: diagnóstico nutricional, desarrollo integral, problemas de salud encontrados, problemas psicosociales a nivel familiar, otros problemas detectados.</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña.</p> <p>Incentivar la participación del padre en los controles de salud</p> <p>Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p>	<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> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Aplicación de Escala Edimburgo de detección de depresión post parto a la madre⁸.</p> <p>Aplicación de Score de riesgo de morir por neumonía.</p> <p>Solicitud Rx de pelvis para su revisión a los 3 meses.</p> <p>Inmunizaciones, según calendario.</p> <p>Fomentar la lactancia materna exclusiva y evaluación</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña.</p> <p>Incentivar la participación del padre en los controles de salud</p> <p>Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p>	<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>
3 MESES	<p>CONTROL DE SALUD</p> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Revisión resultados de Rx de pelvis (GES Displasia Luxante de caderas)</p> <p>Fomento de la lactancia materna exclusiva y evaluarla, apoyando a la madre en la resolución de dificultades o problemas en torno a la lactancia.</p> <p>Aplicación de Score riesgo de morir por neumonía</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña.</p> <p>Incentivar la participación del padre en los controles de salud</p> <p>Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p>	<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>

⁸Registrar 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.

4 MESES	<p>CONTROL DE SALUD</p> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Aplicación de Escala de relación vincular (ADS).</p> <p>Aplicación de Pauta Breve de DSM.</p> <p>Aplicación de Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso</p> <p>Inmunizaciones, según calendario.</p> <p>Aplicación Score riesgo de morir por neumonía.</p> <p>Fomento de la lactancia materna exclusiva y evaluarla, apoyando a la madre en la resolución de dificultades o problemas en torno a la lactancia.</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña.</p> <p>Incentivar la participación del padre en los controles de salud</p> <p>Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p>	<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 MESES	<p>CONSULTA NUTRICIONAL</p> <p>Evaluación nutricional integral, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Refuerzo de la mantención de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes</p> <p>Educación en incorporación de alimentación sólida a partir 6to mes.</p> <p>Educar para evitar introducción precoz de alimentos de alta densidad calórica; cero sal y azúcar.</p>	<p>Cobertura: 100% de la población infantil bajo control</p> <p>Concentración: 1</p> <p>Rendimiento: 2 por hora</p> <p>Recursos Humanos: Hora nutricionista</p>

6 MESES	<p>CONTROL DE SALUD</p> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Aplicación de Escala Edimburgo⁹.</p> <p>Aplicación de Score riesgo de morir por neumonía</p> <p>Inmunizaciones, según calendario.</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña.</p> <p>Incentivar la participación del padre en los controles de salud</p> <p>Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p> <p>Entrega de pauta de riesgos en el hogar (evaluar resultados en control de 8 meses)</p> <p>Entrega de material educativo, Acompañándote a Descubrir 1- Pack N° 3</p>	<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> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Aplicación de Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor.</p> <p>Aplicación de Score de riesgo de morir por neumonía.</p> <p>Revisión y consejería en torno a Pauta de prevención de accidentes completada por los padres.</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña.</p> <p>Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p>	<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</p>

⁹Intencionar 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> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Aplicación de Escala de relación vincular (ADS).</p> <p>Aplicación de Pauta Breve de DSM</p> <p>Aplicación de Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso</p> <p>Aplicación de Score de riesgo de morir por neumonía.</p> <p>Inmunizaciones, según calendario.</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones tanto de la madre como del niño o la niña.</p> <p>Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p> <p>Entrega de material educativo, acompañándote a Descubrir 2- Pack N° 1 y Pack N° 2</p>	<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> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Aplicación de Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor.</p> <p>Aplicación de pautas de evaluación bucodentaria y entrega de recomendaciones.</p> <p>Inmunizaciones, según calendario.</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña.</p> <p>Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p> <p>Entrega de material educativo, Acompañándote a Descubrir 2- Pack N° 3 y Pack N° 4</p>	<p>Cobertura: 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración: 1</p> <p>Rendimiento: 45 min. - 1 hora</p> <p>Recursos Humanos: Hora enfermero/a o médico</p>

2 AÑOS	<p>CONTROL DE SALUD</p> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Aplicación de Pauta Breve de DSM</p> <p>Aplicación de Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña.</p> <p>Derivación a control de salud bucal, con Odontólogo</p> <p>Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p> <p>Entrega de material educativo, Acompañándote a Descubrir 2- Pack N° 5.</p>	<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> <p>Evaluar el desarrollo del sistema estomatognático.</p> <p>Identificar factores de riesgo de patologías bucales.</p> <p>Planificar y realizar procedimientos preventivos para las principales patologías bucales.</p> <p>Diagnosticar la presencia de patologías bucales.</p> <p>Planificar y realizar procedimientos recuperativos de salud bucal.</p> <p>Fomentar hábitos saludables de salud bucal (higiene y alimentación).</p>	<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> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Aplicación de Test de evaluación del Desarrollo Psicomotor.</p> <p>Toma de presión arterial</p> <p>Aplicación de Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña.</p> <p>Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p>	<p>Cobertura: 100% de la población infantil inscrita</p> <p>Concentración: 1</p> <p>Rendimiento: 45 min. - 1 hora</p> <p>Recursos Humanos: Hora enfermero/a o médico</p>

3 AÑOS 6 MESES	<p>CONSULTA NUTRICIONAL</p> <p>Evaluación nutricional integral, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Educación en estilos de vida saludable con énfasis en alimentación y actividad física</p> <p>Aplicación de pautas de evaluación buco-dentaria y entrega de recomendaciones de acuerdo a estas pautas.</p>	<p>Cobertura: 100% de la población infantil bajo control</p> <p>Concentración: 1</p> <p>Rendimiento: 2 por hora</p> <p>Recursos Humanos: Hora nutricionista</p>
4 AÑOS	<p>CONTROL DE SALUD</p> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud.</p> <p>Aplicación de Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso</p> <p>Evaluación agudeza visual</p> <p>Toma de presión arterial</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña.</p> <p>Completar formulario SRDM (ChCC) según corresponda.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p>	<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> <p>Evaluar el desarrollo del sistema estomatognático.</p> <p>Identificar factores de riesgo de patologías bucales.</p> <p>Planificar y realizar procedimientos preventivos para las principales patologías bucales.</p> <p>Diagnosticar la presencia de patologías bucales.</p> <p>Planificar y realizar procedimientos recuperativos de salud bucal.</p> <p>Fomentar hábitos saludables de salud bucal (higiene y alimentación).</p>	<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>

¹⁰La 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

5 AÑOS	<p>CONTROL DE SALUD</p> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Aplicación de Pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud, incluyendo</p> <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. <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p>	<p>Cobertura: Según Programación Local¹⁰</p> <p>Concentración: 1</p> <p>Rendimiento: 2 por hora</p> <p>Recursos Humanos: Hora enfermero/a o médico</p>
6 AÑOS	<p>CONTROL DE SALUD</p> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud, incluyendo:</p> <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. <p>Derivar a control de salud oral (GES)</p> <p>Verificar administración de vacuna en primero básico</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p>	<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> <p>Evaluar el desarrollo del sistema estomatognático.</p> <p>Identificar factores de riesgo de patologías bucales.</p> <p>Aplicar medidas de prevención específicas en dientes definitivos.</p> <p>Realizar diagnóstico oportuno de patologías bucales.</p> <p>Planificar y realizar procedimientos recuperativos de salud bucal.</p> <p>Fomentar hábitos saludables de salud bucal (higiene y alimentación).</p>	<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>

8 AÑOS	<p>CONTROL DE SALUD</p> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Verificar administración de vacuna en primero básico</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud, incluyendo:</p> <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. <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p>	<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> <p>Anamnesis, evaluación de antecedentes y entrevista al cuidador o la cuidadora principal, acogiendo dudas.</p> <p>Verificar administración de vacuna en primero básico</p> <p>Evaluación biopsicosocial del niño o niña, con un enfoque promocional y preventivo de la salud, incluyendo:</p> <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. <p>Screening de Salud Mental.</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p> <p>Derivar a Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes</p>	<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>

CONTROL DE SALUD ABREVIADO

El control de salud abreviado, consiste en efectuar la atención a niños y niñas por técnico de enfermería de nivel superior a la población infantil mayor de 2 años, en situaciones de contingencia, como por ejemplo en rondas rurales.

Esta actividad no reemplaza un control de salud, pero si favorece el seguimiento y continuidad de la atención ante situaciones emergentes y la detección de alertas tempranas de los principales factores de riesgo de obesidad, desnutrición, oportunidad en la protección inmunológica en caso requerido según indicación, entrega PNAC y entrega de contenidos educativos a normas de crianza como la estimulación del desarrollo integral.

TABLA N° 28.
CONTROL DE SALUD ABREVIADO

ACTIVIDAD PRINCIPAL		COBERTURA	ESTÁNDAR
MAYOR DE 2 AÑOS	Antropometría	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
	Derivación a entrega de alimentación complementaria		
	Inmunización según indicación		
	Estimulación		
	Educación		

B) PRESTACIONES PROMOCIONALES PREVENTIVAS EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL (CONTROL DE SALUD ESCOLAR)
CONTROL DE SALUD ESCOLAR

El control de salud escolar tiene como objetivo mejorar el acceso a actividades promocionales, preventivas y de pesquisa de los factores de riesgos en salud más prevalentes en la población de 5 a 9 años en base a controles de salud realizados en el establecimiento educacional.

Dentro de las consideraciones que se deben tener en cuenta para la ejecución de este control se destacan:

- El control puede ser efectuado de manera individual o grupal en el establecimiento educacional, dependiendo de la coordinación a nivel comunal entre los centros de salud y los establecimientos educacionales.
- Si el control no es efectuado en presencia del padre o la madre se requiere consentimiento informado firmado, si no se cuenta con éste, el control no se puede realizar.
- Si el control es sin la presencia de la mamá, papá o cuidador principal, se deberá enviar con anticipación (previo al control) encuestas de autoaplicación al adulto responsable:

- Cuestionario de Salud Infantil
 - Cuestionario de evaluación grados de Tanner.
 - Screening de Salud Mental
 - Screening de pesquisa de síntomas de asma.
- No realizar ni permitir la evaluación de los grados de Tanner en ausencia de la madre, padre o cuidador principal.
 - La programación de la atención en relación a la cobertura, estará determinada por el establecimiento, dependiendo si el control se efectúa en el centro de salud o en establecimiento educacional.
 - Se debe realizar la atención a todo el curso, independiente de su previsión.
 - Los niños y niñas beneficiarios del sistema FONASA, que requieran prestaciones diferenciadas o evaluación específica (nutricionista, psicólogo, asistente social, etc.), deben ser derivados a la oferta programática disponible en la red de salud pública, según corresponda. En el caso de que el escolar cuente con otro sistema previsional, se deberá intencionar su derivación, informando al padre, madre y/o cuidadores el motivo de la derivación y la necesidad de la atención.

TABLA Nº 29.
CONTROL DE SALUD ESCOLAR DE 5 A 9 AÑOS EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL
EN AUSENCIA DEL PADRE, MADRE Y/O CUIDADORES

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

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

8 AÑOS	<p>Entrega de documentación (cuestionarios y consentimiento informado) a los padres, a través de “comunicaciones” o en reuniones de apoderado.</p> <p>Recepción de consentimiento informado firmado y cuestionarios correspondientes</p> <p>Revisión de cuestionario de salud infantil para madre, padres o cuidadores.</p> <p>Examen Físico -Evaluación nutricional -Evaluación ortopédica -Toma de presión arterial -Evaluación agudeza visual -Evaluación auditiva -Evaluación de la piel</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p>	<p>Cobertura: Según Local</p> <p>Concentración: 1</p> <p>Rendimiento: Grupal: 1 grupo x hora (3 a 5 pers.). Individual: 2 x hora</p> <p>Recursos Humanos: Hora de enfermera/o y/o médico y técnico paramédico</p>
9 AÑOS	<p>Entrega de documentación (cuestionarios y consentimiento informado) a los padres, a través de “comunicaciones” o en reuniones de apoderado.</p> <p>Recepción de consentimiento informado firmado y cuestionarios correspondientes</p> <p>Revisión de cuestionario de salud infantil para madre, padres o cuidadores.</p> <p>Examen físico -Evaluación nutricional -Evaluación ortopédica -Toma de presión arterial -Evaluación agudeza visual -Evaluación auditiva -Evaluación de la piel</p> <p>Evaluación de screening de salud mental</p> <p>Pesquisa de banderas rojas y eventuales derivaciones del niño o la niña.</p> <p>Entregar indicaciones por escrito a la madre, padre y/o cuidadores, según diagnóstico y rango etario.</p> <p>Derivar a Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes</p>	<p>Cobertura: según programación local</p> <p>Concentración: 1</p> <p>Rendimiento: Grupal: 1 grupo x hora (3 a 5 pers.). Individual: 2 x hora</p> <p>Recursos Humanos: Hora enfermera/o y/o médico y técnico paramédico</p>

C) PRESTACIONES Y BENEFICIOS TRANSVERSALES DE ACCESO UNIVERSAL**PROGRAMA NACIONAL DE 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.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones ha permitido la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles contribuyendo principalmente a la disminución de la mortalidad infantil. Entre sus logros más destacados se encuentran la erradicación de la Viruela (1950), de la Poliomieltis (1975) y eliminación del Sarampión (1992) [67].

Dado los grandes impactos que tiene el programa nacional de inmunizaciones en la prevención y control de enfermedades de la población, es que tiene un carácter de obligatorio, según lo dispuesto en los artículos 1º, 2º y 32 del Código Sanitario, aprobado por decreto con fuerza de Ley N° 725 de Ministerio de Salud [68].

TABLA N° 30.
CALENDARIO PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA	RENDIMIENTO	RECURSO HUMANO
RN	BCG	Tuberculosis	10 dosis x hora	Hora Matrn/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	Poliomieltis		
	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	Poliomieltis		
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
1º BÁSICO	Tres vírica	Sarampión Rubeola Parotiditis	10 dosis x hora	Hora enfermera/o y técnico paramédico
	dTp (Acelular)	Difteria Tétanos Tos Convulsiva		
8º BÁSICO	dTp (Acelular)	Difteria Tétanos Tos Convulsiva	10 dosis x hora	Hora enfermera/o y técnico paramédico

Fuente: MINSAL, 2013

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)

Es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación. Dentro de los requisitos establecidos para la entrega de alimentos están: la asistencia regular a las actividades de salud de los establecimientos de atención primaria de salud y vacunas y controles de salud al día independiente de su situación previsional de salud [69].

**TABLA Nº 31.
DISTRIBUCIÓN PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA				
PROGRAMA PNAC	COBERTURA	CONCENTRACIÓN	RENDIMIENTO	RECURSO HUMANO
Programa Nacional de Alimentación Complementaria	Distribución gratuita de alimentos para la población infantil hasta los 6 años, mujeres embarazadas y madres que amamantan hasta el 6º mes post parto, niños, niñas y adolescentes con enfermedades metabólicas.	Entrega de alimentos según Manual de Programas Alimentarios	25 kilos x hora	Hora auxiliar paramédico de alimentación

Fuente: MINSAL "Manual de Programas Alimentarios" 2011

El PNAC se divide en subprogramas según sea la situación nutricional del beneficiario:

- **PNAC Básico:** beneficia a los niños, las niñas menores de 6 años, gestantes y madres que amamantan, con estado nutricional normal, sobrepeso u obesidad. Los alimentos que se distribuyen son: Leche Purita, Fortificada, Purita Cereal y Purita Mamá [69].
- **PNAC Refuerzo:** beneficia a los niños y las niñas con riesgo de desnutrición o desnutridos, gestantes con bajo peso y madres que amamantan con bajo peso, que cumplan con las condiciones establecidas en las la “Norma para el manejo ambulatorio de malnutrición del niño/a menor de 6 años del 2007” y las establecidas en el programa de salud sexual y reproductiva. Estos beneficios son adicionales al PNAC básico [69].
- **PNAC de Enfermedades Especiales:** Los beneficiarios de este programa son todos los niños/as y gestantes independientemente de su edad y situación previsional, 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) [69].
- **PNAC Prematuros:** Los beneficiarios de este programa son recién nacidos con menos de 1.500 g y/o menos de 32 semanas, para mayor detalle ver sección “Niños y Niñas prematuros en Policlínico de Seguimiento” [69].

2. PROGRAMA DE PRESTACIONES ESPECÍFICAS

Este plan de prestaciones está dirigido a la población infantil con vulnerabilidad biopsicosocial y/o condiciones crónicas, que se encuentran inscritos en los centros de salud de la red de salud y que acceden a las prestaciones del Programa.

Será el equipo de cabecera el encargado de determinar la gama de prestaciones que requiera la familia, considerando los factores protectores y aquellos factores de riesgo que pudieran estar presentes, las cuales deben acompañar longitudinalmente al niño o niña y su familia.

El equipo de salud cabecera es “equipo a cargo de la atención cercana, personalizada y estable para el cuidado continuo de una población específica, con énfasis en aspectos preventivos y con una fuerte participación de la comunidad. Encargado de coordinar las respuestas organizadas frente a las necesidades de personas y familias, favoreciendo un mejor uso de los recursos familiares, institucionales y comunitarios. Establece el nexo entre los usuarios y los equipos transversales y de apoyo, como con la Red de Salud en su conjunto” [70].

En general los equipos de cabecera están conformados por enfermeras, matronas, técnicos paramédicos, asistentes sociales y médicos, sin embargo es importante que se integren otros profesionales según los requerimientos de niños y niñas, tales como las educadoras de párvulos de las salas de estimulación y nutricionista en aquellos menores mal nutridos por déficit o exceso. El objetivo de este plan es intervenir en los factores de vulnerabilidad del niño o la niña, recuperar o modular los efectos del daño en los casos que esto sea posible, en conjunto con las redes comunales e intra-intersectoriales. Estos menores requieren atención preferencial, oportuna, seguimiento del plan de cabecera y evaluación periódica.

2.1. NECESIDAD DE CONSULTA MÉDICA

CONSULTA DE MORBILIDAD

Es la atención ambulatoria otorgada a niños y niñas con fines de recuperación de la salud, sin perjuicio de los contenidos de promoción y prevención.

**TABLA N° 32.
ATENCIÓN EN CONSULTA MORBILIDAD**

PRESTACIÓN	ACTIVIDAD PRINCIPAL	COBERTURA	CONCENTRACIÓN	RENDIMIENTO	RECURSO HUMANO
Consulta por morbilidad espontánea	Niños y niñas derivados desde otros profesionales, consulta espontánea o derivado de otros puntos de la red.	100% demanda	1	3 x hora	Médico

2.2. REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

CONSULTA SALUD BUCAL

Es un conjunto de prestaciones odontológicas conducentes a un alta odontológica integral de nivel primario de salud: Considera un examen de salud bucal con contenidos promocionales realizado por el odontólogo al padre, la madre y/o cuidadores del menor: La derivación es realizado por el equipo de salud desde el Control de Salud Infantil, desde los jardines infantiles o escuelas y por demanda espontánea, con el objetivo de evaluar el desarrollo del sistema estomatognático, reforzar indicaciones de formación de hábitos saludables en salud bucal y planificar y realizar procedimientos preventivos o recuperativos, según necesidad. Las altas odontológicas pueden ser educativas, preventivas o integrales, según necesidad del niño o la niña (Ver Guía Clínica Atención Primaria del Preescolar de 2 y 5 años (2009) [71] y Guía Clínica Salud Oral integral para el niño y la niña de 6 años (2009) [72]).

CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGENCIA

Las urgencias odontológicas ambulatorias (UOA) comprenden un conjunto de patologías bucomaxilofaciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención, tanto en los centros de salud primaria como en los servicios de atención de nivel secundario y terciario, según Guía Clínica Urgencias Odontológicas Ambulatorias (2011) [73].

TABLA N° 33.
CONSULTAS POR REQUERIMIENTO DE 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

2.3. APOYO A LA CONTINUIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA

CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA

Esta puede ser efectuada idealmente en una Clínica de Lactancia Materna o en un box de atención. Es una atención otorgada en establecimientos del nivel primario al binomio madre-hijo o hija con el objetivo de mantener, inducir o recuperar la lactancia materna. Esta consulta puede ser espontánea o derivada por algún miembro del equipo de salud (desde el control del puerperio, control de salud infantil, etc.). Idealmente, se debe realizar en un espacio físico que asegure la privacidad. Cabe señalar que el requerimiento de la consulta de lactancia es una urgencia.

La Clínica de Lactancia Materna es una modalidad de atención de apoyo a las familias, un espacio habilitado de puertas abiertas, que recibe a madres con problemas de lactancia o dudas asociadas a la lactancia para su apoyo inmediato. Tiene carácter de Urgencia ante una dificultad o problema detectado por algún miembro del equipo o ante consulta espontánea. Realiza acciones orientadas a apoyar a las familias para que las madres puedan amamantar en forma exclusiva hasta los 6 meses de vida y complementada hasta al menos los 2 años de edad. Incluye atención en problemas de lactancia, orientación para la extracción, conservación y alimentación con leche materna de los niños y apoyo para las madres tanto en período postnatal como aquellas que trabajan.

TABLA N° 34.
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/o Médico Matrón/a Nutricionista

2.4. REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN POR MALNUTRICIÓN

CONSULTA NUTRICIONAL – MALNUTRICIÓN POR DÉFICIT O EXCESO

Es la atención dietoterapéutica prestada por nutricionista a menores de 10 años con diagnóstico nutricional integrado de riesgo de desnutrir, desnutrición, obesidad o sobrepeso, a los cuales se le otorga un plan de intervención nutricional especial, además de la estrategia de intervención nutricional a través del ciclo vital. El lapso de tiempo que transcurra entre el control de salud y la primera consulta nutricional, dependerá del diagnóstico nutricional integrado y no podrá exceder el tiempo señalado en la Norma para el manejo ambulatorio de la malnutrición por déficit y exceso en el niño(a) menor de 6 años [66]. La población infantil mayor de 6 años, deberá ser evaluada según la Norma Técnica de Evaluación Nutricional de niños y niñas de 6 a 18 años [74].

Dependiendo del diagnóstico de malnutrición se deberá proseguir del siguiente modo:

Malnutrición por déficit: el niño o la niña deberá derivarse a consulta nutricional si califica con Bajo Peso.

Malnutrición por exceso: a consulta nutricional si califica con Riesgo de Obesidad u Obesidad. Además, el grupo de niños y niñas mayores de 6 años con este diagnóstico, que cumpla con los criterios de ingreso, deben ser derivados al Programa Vida Sana, Estrategia Obesidad, cuyo objetivo es disminuir los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico, para contribuir a la prevención de enfermedades no transmisibles.

CONSULTA NUTRICIONAL

Es la atención dietética a personas sanas o dietoterapéutica a personas con alguna alteración fisiopatológica, prestada por nutricionista, para reforzar o modificar su alimentación, otorgando atención nutricional y dietética adecuada a la situación fisiológica o fisiopatológica según las necesidades particulares. En el caso de niños y niñas esta prestación se puede incorporar al plan de intervenciones por diversos motivos: alergias alimentarias, diagnóstico de malnutrición, desórdenes alimentarios, enfermedad celiaca, diabéticos, entre otros.

TABLA N° 35.
ATENCIÓN 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

2.5. NIÑOS Y NIÑAS EN SITUACIÓN DE VULNERACIÓN DE DERECHOS Y/O VULNERABILIDAD SOCIAL.

CONSULTA SOCIAL

Es la atención social que se realiza a niños y niñas y sus familias, con fines de promover la salud y prevenir enfermedades, en base a la identificación de riesgos sociales que afectan o podrían afectar la salud.

VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

Es una estrategia de servicios realizada en el domicilio, dirigida a familias con gestantes y/o niños y niñas de cero a seis años. Esta estrategia se basa en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y el grupo familiar, cuyo objetivo principal es promover mejores condiciones ambientales y relacionales que favorezcan el desarrollo integral de la infancia. La visita domiciliaria integral tiene un enfoque de riesgo y se enmarca en un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos de intervención que comandan las acciones y que se evalúan durante el proceso de atención.

DETECCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON MALTRATO Y/O ABUSO SEXUAL

El maltrato infantil puede definirse como cualquier tipo de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, desatención o trato desconsiderado, o explotación comercial o de otra índole que ocasione un daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño o la niña en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder [23]. Se distinguen cuatro tipos de maltrato infantil:

- **Abusos físicos:** Uso deliberado de la fuerza física contra un niño o una niña. Dicho abuso tiene consecuencias para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad. En este concepto se pueden considerar los golpes, zarandeos, mordiscos, estrangulamientos, abrasamientos, quemaduras, envenenamientos, asfixia, etc. Gran parte de la violencia contra la población infantil tienen lugar en el hogar y tiene como propósito castigar [75].
- **Abusos sexuales:** Participación de un niño o niña en actividades sexuales no acordes a su nivel evolutivo, es decir, al desarrollo emocional, cognitivo o social esperado para la edad. El abuso sexual puede ocurrir con o sin contacto físico, mediante conductas que van desde provocaciones verbales hasta violencia con penetración anal, vaginal o bucal. Los niños y las niñas pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos u otros niños y niñas, que en razón de su edad o de su estado de desarrollo, están en una situación de responsabilidad, confianza o poder en relación con su víctima [76].
- **Abusos emocionales y psicológicos:** Los abusos emocionales y psicológicos pueden manifestarse tanto en incidentes aislados como reiterados por parte de un progenitor o cuidador, que mantiene al niño o la niña en un entorno inapropiado a su desarrollo y carente de apoyo. Los comportamientos de este tipo dañarán muy probablemente la salud y desarrollo físico, mental, espiritual, moral y/o so-

cial. Se incluyen en esta categoría: las restricciones de movimientos, el menosprecio continuado, la culpabilización, las amenazas, los actos de terror, la discriminación o ridiculización, y otras variantes no físicas de rechazo o de trato hostil [75].

• **Desatención o negligencia:** Abarca tanto incidentes aislados como reiterados por parte de un miembro de la familia con respecto al desarrollo y bienestar del niño o la niña, tanto en salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, hogar y/o condiciones de vida seguras. Este tipo de maltrato se da en los diferentes estratos sociales [75].

SOSPECHA Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS EN EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL (ESCNNA)

El equipo de salud deberá denunciar cualquier sospecha de que un niño o una niña esté siendo utilizado como objeto sexual en una transacción monetaria, bienes o servicios. Se puede manifestar en las relaciones sexuales remuneradas (monetariamente o no), producción de pornografía, y tráfico y/o venta con fines sexuales” [77].

Importante considerar que no se utiliza el concepto de “prostitución infantil”, ya que al ser menores de edad se consideran víctimas de una situación que pone en riesgo su desarrollo y bienestar. Una vez alertadas las instituciones correspondientes el equipo de salud deberá dar seguimiento al niño o niña, con plan integral con el equipo de salud de cabecera.

SOSPECHA Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS EN PEORES FORMAS DE TRABAJO INFANTIL (PFTI)

El equipo de salud deberá denunciar cualquier sospecha de que un niño o una niña esté realizando alguna actividad, de tipo económica, peligrosa y perjudicial para su bienestar físico, mental o moral y que interfiere con su escolarización [32], por ejemplo: vendedores ambulantes, fleteros, limpiadores de auto, leñeros, menores de edad en trabajos agrícolas, basurales, trabajo doméstico, etc. Una vez alertadas las instituciones correspondientes el equipo de salud deberá dar seguimiento al niño o niña, con plan integral con el equipo de salud de cabecera.

TABLA N° 36.
ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS 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

* En caso de abuso sexual infantil remitir a "Guía Clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años y víctimas de abuso sexual" (MINSAL & UNICEF, 2011)

2.6. NIÑOS Y NIÑAS O FAMILIAS CON RIESGO O CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Dentro de este grupo se consideran los niños y niñas o cuidadores que presenten algún problema de salud mental (depresión post parto, por ejemplo).

CONSULTA DE SALUD MENTAL

Es la intervención ambulatoria individual realizada por profesional de salud capacitado o integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, esta intervención es realizada a niños y niñas, a sus familiares y/o cuidadores con factores de riesgo de desarrollar trastornos mentales. Incluye consejería, evaluación diagnóstica psicosocial y clínica, indicación de tratamiento, control y seguimiento para evaluación, psicoeducación, entre otras. Esta atención debe quedar registrada en la Ficha Clínica del paciente".

PSICODIAGNÓSTICO

Es la evaluación otorgada por psicólogo clínico acreditado, a un niño o niña referido para complementar diagnóstico psicológico. Incluye aplicación de test psicológicos, su análisis y elaboración del informe correspondiente.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psiquiatra o psicólogo clínico con formación certificada en psicoterapia, a niños y niñas que presenten problemas de salud mental.

PSICOTERAPIA FAMILIAR

Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por un profesional clínico con formación certificada en psicoterapia familiar, a integrantes de un mismo grupo familiar de un niño o niña con diagnóstico de trastorno mental, según plan individual de tratamiento integral. Dependiendo de las características y complejidad del grupo se realiza con o sin co-terapeuta (profesional de salud mental con la misma formación).

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL

Es la intervención terapéutica realizada por integrantes del equipo de salud general capacitado o integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, con un grupo de entre dos y doce personas. Su objetivo es otorgar apoyo emocional, educación para el auto cuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar del paciente y de sí misma, apoyo para la rehabilitación psicosocial y reinserción social y laboral.

Puede ser realizada en establecimientos de salud de atención ambulatoria, en unidades de hospitalización, en dispositivos comunitarios (centros diurno, casas club, clubes de integración social, otros) o en espacios propios de la comunidad. Incluye: psicoeducación, talleres de desarrollo de habilidades (comunicación asertiva, manejo estrés, normas de crianza, desarrollo personal, resolución de conflictos, etc.), actividades de entrenamiento de habilidades (conciencia de trastornos y adhesión al tratamiento, cognitivas como por ejemplo, atención, concentración, memoria, y funciones superiores, para la vida diaria, como por ejemplo, auto cuidado e instrumentales, sociales, ocupacionales y laborales), actividades de entrenamiento en comportamientos de autoayuda, actividades de motivación para la participación social y comunitaria.

VISITA INTEGRAL DE SALUD MENTAL

Actividad que se realiza en terreno por integrantes del equipo de salud general o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, a personas en las que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar trastornos mentales y a personas con diagnóstico de un trastorno mental, esta actividad se realiza en domicilio, lugar de trabajo y establecimientos educacionales.

TABLA N° 37.
ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS CON REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

PRESTACIÓN	ACTIVIDAD PRINCIPAL	ESTÁNDARES
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	Cobertura: 100% de quienes la requieran Concentración: Según plan de tratamiento individual Rendimiento: 2 x hora RRHH: profesional de salud capacitado o integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría
Psicoterapia individual	Psicoterapia individual a niños y niñas con diagnóstico de un trastorno mental	Cobertura: 100% de quienes la requieran Concentración: Según plan de tratamiento individual Rendimiento: 45 minutos RRHH: psicólogo clínico acreditado
Psicodiagnóstico	Psicodiagnóstico niños o niñas referidos (as) para complementar diagnóstico psicológico	Cobertura: 100% de quienes la requieran Concentración: Según plan de tratamiento individual Rendimiento: rendimiento variable de 1 a 3 horas dependiendo del test aplicado RRHH: psicólogo clínico acreditado
Intervención Psicosocial Grupal	Intervención psicosocial grupal niños, niñas, padres u otros usuarios afines, según plan de tratamiento	Cobertura: 100% de quienes la requieran Concentración: según plan de tratamiento individual Rendimiento: 1 sesión x 2 horas RRHH: equipo local integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría
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	Cobertura: 100% de quienes la requieran Concentración: según plan de tratamiento individual Rendimiento: 1 x hora RRHH: integrantes del equipo de salud general o integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría

2.7. NIÑO Y NIÑAS CON REZAGO O DÉFICIT DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (DSM)

La población infantil con déficit o rezago del DSM, requiere:

1. Plan personalizado por equipo de cabecera
2. Ingreso e intervención en Modalidad de Atención del Desarrollo Integral.
3. Visita domiciliaria integral
4. Derivación a especialista según necesidad.
5. Derivación a escuelas de lenguaje según corresponda.
6. Otros.

ELABORACIÓN DE PLAN PERSONALIZADO POR EQUIPO DE CABECERA

Plan consensuado de acciones formuladas por el equipo de salud para la intervención y apoyo a familias. Este plan es elaborado en conjunto el equipo del sector y distribuye las acciones a seguir durante la fase recuperativa de déficit del DSM del niño o la niña.

INGRESO E INTERVENCIÓN EN MODALIDAD DE ATENCIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL (MADI)

El ingreso a sala de estimulación u otra modalidad se hace a través del control de salud infantil, las derivaciones que se realicen desde otra instancia deberán ser mediadas por un control de salud en paralelo al inicio de la atención para validar técnicamente la derivación.

TABLA Nº 38.
URGENCIA EN LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN ESTADO DEL DESARROLLO EN SALA DE ESTIMULACIÓN

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.
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.
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.
NIÑOS Y NIÑAS CON ANTECEDENTES DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL	<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
NIÑOS Y NIÑAS CON PAUTA BREVE ALTERADA DE DESARROLLO PSICOMOTOR	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.
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.
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 en la Infancia, 2012.

TABLA N° 39.
ATENCIÓN EN MODALIDAD DE ATENCIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL

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 59 meses de edad: 4 meses	24 a 59 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 59 meses de edad: 14 sesiones	24 a 59 meses de edad: 20 sesiones
FRECUENCIA DE 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 INTERVENCIÓNES	Atención grupal (No dar atención individual)	Atención individual alternada con intervención grupal	Atención individual primer mes	Atención individual primer mes.
			Luego atención individual alternada con intervención grupal	Luego atención individual alternada con intervención grupal
RENDIMIENTO INTERVENCIÓNES	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

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

VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS CON DÉFICIT

Posee recomendaciones específicas para la intervención en el hogar según edad, según las Orientaciones técnicas para visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia.

2.8. NIÑOS Y NIÑAS CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS RESPIRATORIAS, QUE REQUIEREN PRESTACIONES DIFERENCIADAS

CONTROL PACIENTE CRÓNICO USUARIO SALA IRA

Atención efectuada por equipo integral de sala IRA a niños y niñas portadores de enfermedades respiratorias, en especial Asma, Fibrosis quística, Síndrome Bronquial Obstructivo recurrente, asistencia ventilatoria no invasiva (AVNI), que requieren de apoyo de oxígeno (O2 dependiente), u otras afecciones de resolución en sala IRA.

CONSEJERÍA ANTI-TABÁQUICA

Esta intervención dirigida a todos los usuarios que consultan en los centros de salud de atención primaria que presenten factores de riesgo. En el caso de niños y niñas, está intervención está dirigida principalmente a la madre, padre o cuidadores, y se realiza durante el control de cuadro agudo y crónico en sala IRA o control de salud infantil, con una extensión máxima es de 5 minutos. Dicha actividad debe quedar registrada en la ficha de atención.

SEGUIMIENTO NIÑO Y NIÑAS CON SCORE DE RIESGO DE MORIR POR NEUMONÍA

Acciones que efectúa la sala IRA para el seguimiento de la población infantil con riesgo de morir por neumonía. Incluye aplicación de score en control de salud infantil, visita domiciliaria integral (VDI) por sala IRA a familias con recién nacidos que poseen riesgo moderado y severo, control de seguimiento en sala IRA y derivación a especialidad según corresponda.

VDI A PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

Visita focalizada a pacientes que poseen enfermedades crónicas respiratorias y que requieren control de salud en el hogar, apoyo promocional y/o preventivo en diversas acciones de salud. Entre ellos se destacan pacientes al ingreso al programa IRA (Asma, AVNI, O2 dependiente, Fibrosis Quística, otros) y VDI de seguimiento a tratamiento.

PRESTACIÓN	ACTIVIDAD PRINCIPAL	ESTÁNDARES
Control paciente crónico usuario de Sala IRA	Control a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno dependientes, AVNI, AVI, Asma, Fibrosis quística)	Cobertura: 100% Concentración: 3 Rendimiento: 2 x hora Recurso Humano: Kinesiólogo o Médico (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, •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 bronconeumonía	Según riesgo: Leve: -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. Moderado: -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 Severo: -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 por sala IRA	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, AVI, 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

2.9. NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD (NANEAS)

La supervisión de salud de este grupo tiene algunas características específicas:

- Mayor tiempo de duración al ingreso (60 minutos).
- Mayor frecuencia de los controles (calendario habitual hasta los 2 años y luego semestral).
- Fuerte componente de apoyo a la familia y vinculación las redes de apoyo y recursos comunitarios locales.

NANEAS DE BAJA COMPLEJIDAD

Son aquellos que tienen máximo dos necesidades en categoría mayor, a excepción de que tenga categoría mayor en las necesidades 3 o 4. Este grupo debiera mantenerse en seguimiento en APS y corresponderá a niños y niñas que se encuentran estables y cuya familia cuenta con herramientas que le permiten ser autovalentes en el cuidado de su hijo o hija. El énfasis está dado en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de intercurencias o agravamiento de su situación de base, evitando complicaciones y secuelas por diagnósticos tardíos. Los niños y niñas con necesidades especiales pueden ser atendidos por un equipo de salud de APS capacitado, el que tiene un rol privilegiado por la posibilidad de seguimiento, enfoque biopsicosocial, cercanía al domicilio y posibilidad de desarrollar un trabajo con la red comunal.

NANEAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD

Son aquellos que tienen 3 o más necesidades en categoría mayor o necesidad en categoría mayor de las necesidades 3 y/o 4. En general, corresponderá a niños y niñas que se encuentran estables de su condición de salud, pero para realizar actividades de la vida diaria o para recuperar áreas dañadas, necesitan de cuidados permanentes complejos o de alta frecuencia. El cuidado de este grupo requiere un equipo especializado, multidisciplinario para resolver las necesidades complejas. De acuerdo al sistema de salud, ese grupo interdisciplinario puede estar ubicado en el nivel secundario en un Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) o insertos en los Centros de Referencia de Salud (CRS).

NANEAS DE ALTA COMPLEJIDAD

Son aquellos con fragilidad médica, con limitaciones funcionales severas y permanentes, que presentan todas las necesidades en categoría mayor o que en forma transitoria requieren de hospitalización por descompensaciones, por lo que en ese periodo deben ser cuidados en la atención terciaria, sean éstos en centros neonatales o pediátricos. Para todos ellos, es deseable evaluar el nivel de necesidades en forma periódica por la eventualidad de que el nivel de complejidad cambie, lo que repercutirá en el lugar de la red donde debe ser atendido. En el menor de 2 años, se recomienda una evaluación semestral y en niños y niñas mayores, en forma anual.

TABLA N° 41.
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				
1 meses	100%	1	2 x hora	Médico
2 meses	100%	1	2 x hora	Enfermera/o
3 meses	100%	1	2 x hora	Médico
4 meses	100%	1	2 x hora	Enfermera/o
6,8,12,18 meses	100%	1	2 x hora	Médico
Mayor de 2 años: Semestral	100%	1	2 x hora	Médico
Control mantención y seguimiento	100%	Observado a nivel local	2 x hora	Médico y/o enfermera/o

TABLA N° 42.
CLASIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPECIALES¹¹

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

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.

2.10. NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS EN POLICLÍNICO DE SEGUIMIENTO

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 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.

TABLA N° 43.
CONTROLES DE SALUD SEGÚN EDAD CORREGIDA¹²

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	

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:

¹²Clasificación recomendada por Comité NINEAS Sociedad Chilena de Pediatría.

TABLA N° 44.
CONTROLES DE SALUD SEGÚN EDAD CRONOLÓGICA¹²

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.

¹²En 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.

TABLA N° 45.
ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDOS Y NACIDAS PREMATUROS, < 32 SEMANAS O 1.500 GR.

EDAD		ACCIONES					
		ESPECIALISTA					
		CONTROLES	NEURÓLOGO	OFTAMÓLOGO	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				
		6	X				
7	X	X	X	X	X		
* Previa al alta hospitalaria							
Nivel Primario			X	Nivel Secundario		X	

TABLA N° 46.
CONTROL DE NIÑOS Y NIÑAS PREMATUROS EN ATENCIÓN PRIMARIA

EDAD CONTROL	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	REND	PROFESIONAL
Visita domiciliaria integral previa al alta	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	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	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	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	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	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	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	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	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 [79].

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 [79].

▸ **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 [80], sin perjuicio de lo cual se debe fomentar que siempre exista lactancia materna:

TABLA N° 47.
CRITERIOS PARA LA ENTREGA DE ALIMENTO PNAC PREMATURO, HASTA LOS 12 MESES DE EDAD CORREGIDA

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

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) [81]:

- 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 [81].

3. PROGRAMA DE PRESTACIONES NIVELES DE MAYOR COMPLEJIDAD

A nivel hospitalario, los policlínicos de seguimiento y la atención cerrada establecen protocolos de atención según el modelo de gestión hospitalaria y acorde a las especificidades de cada servicio y/o unidad (Cirugía Infantil, Neonatología, Pediatría, UCI, entre otros).

Las principales intervenciones en salud infantil que presentan la mayor frecuencia de atención están dentro de las garantías explícitas en salud, como gran quemado, displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, hemofilia, entre otros.

Los problemas de salud que no están cubiertos por GES, son resguardados por el PPV (Programa de prestaciones valoradas) y PPI (Programa de prestaciones institucionales).

Los estándares para la atención según niveles de complejidad, en atención cerrada son liderados por la División de Gestión de la Red Asistencial [82]. Se establece entre sus normas, la categorización de los pacientes según riesgo dependencia para sus planes de cuidados:

TABLA N° 48.
NIVELES DE CATEGORIZACIÓN

	A	B	C	D
1	Max. riesgo Dep. total	Alto riesgo Dep. total	Mediano riesgo Dep. total	Bajo rDep. total
2	Max. riesgo Dep. parcial	Alto riesgo Dep. parcial	Mediano riesgo Dep. parcial	Bajo riesgo Dep. parcial
3	Max. riesgo Aut Parcial	Alto riesgo Aut parcial	Mediano riesgo Aut parcial	Bajo riesgo Aut parcial

NIVELES DE CUIDADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN CERRADA

Se definen los niveles de complejidad en tres grandes áreas de cuidados, predominando estos criterios por sobre la diferenciación de camas por especialidad. Para ello, el establecimiento se organiza según los requerimientos y/o cuidados que el usuario requiere, los que se clasifican en cuidados básicos, medios y críticos.

A continuación damos a conocer los estándares para los niveles de atención en la práctica pediátrica y su estándar relación de camas (estándar de equipamiento se encuentra disponible en el documento Nivel de complejidad de atención cerrada-DIGERA)

NIVEL DE CUIDADOS BÁSICOS

Este nivel de cuidados, está destinado a pacientes que, estando en cualquiera de las etapas de una enfermedad (evaluación, diagnóstico, tratamiento y/o recuperación), requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias con el fin de que le sean otorgados cuidados médicos y de enfermería básicos. El

perfil de pacientes a ingresar es de riesgo bajo y dependencia parcial o autosuficiencia (CUDYR C3-D1-D2-D3). En general, en este nivel se entrega atención de especialidad en ámbitos pediátricos y neonatológico. Cuentan además con acceso a procedimientos básicos de tipo médico y/o quirúrgico (intervenciones menores) [82].

TABLA N° 49.
ESTÁNDARES 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 matróñ/a supervisora diurna.				
CAMAS CUIDADOS BÁSICOS				
Relación de camas				
	22 hrs	28 hrs	44 hrs	4°
Médicos de continuidad	2			
Médicos residente		*		
Enfermera/o, enfermera/o matróñ/a o matróñ/a continuidad			1	
Enfermera/o, enfermera/o matróñ/a o matróñ/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			

NIVEL DE CUIDADOS MEDIOS (EX AGUDOS) – UTI

Este nivel, está destinado a entregar cuidados a pacientes de mediana complejidad y estabilizados. Se asocian a una fase aguda de enfermedad aguda del paciente, que en general debiera compensarse en pocos días [82]. Otros pacientes que están en estas unidades son los que por su condición permanecen más tiempo: prematuro extremo, niño dependiente de tecnología y otros.

En estas unidades se debe mantener una vigilancia estrecha y periódica de los parámetros vitales de los pacientes, además de realizar atención integral con alta demanda de cuidados de enfermería, por lo tanto, el perfil de pacientes a ingresar es con mediano riesgo y alta dependencia (CUDYR C1-C2-B3) [82].

TABLA Nº 50.
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 matró/a o matró/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	4º
Médicos de continuidad	2				
Médicos residente neonatólogo/a			6		
Enfermera/o, enfermero/a matró/a o matró/a Continuidad				1	
Enfermera/o, enfermero/a matró/a o matró/a clínica					8
Kinesiólogos				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	4º
Médicos de continuidad	2				
Médicos residente pediatra intensivista			6		
Enfermera continuidad				1	
Enfermera clínica					8
Kinesiólogos				1	
Técnicos paramédicos					12
Técnicos paramédicos diurnos				1	

NIVEL DE CUIDADOS CRÍTICOS – UCI

Este nivel está destinado a brindar cuidados de alta complejidad definida para la internación y atención de pacientes críticos, es decir, con una condición patológica que afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial la vida. Para ellos se hace necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado hasta la compensación de sus signos vitales y hemodinamia.

Este nivel organiza sus camas en Unidades de Pacientes Crítico (UPC) con áreas de tratamiento intensivo junto con las de intermedio. El perfil de pacientes a ingresar es máximo o alto riesgo y dependencia total (CUDYR A1-A2-A3-B1-B2) [82].

TABLA N° 51.
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 pediatra 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					4
Técnicos paramédicos					8
Técnicos aramédicos 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					4
Técnicos paramédicos					8
Técnicos paramédicos diurnos				1	
Auxiliar de servicio			1		

De acuerdo al nivel de cuidado requerido por los pacientes que atiende, si el establecimiento es un Centro de referencia nacional y/o si cuenta con acceso a subespecialidades, las UCI de neonatología y pediatría pueden ser consideradas como de muy alta complejidad, en cuyo caso la relación de profesionales y personal de apoyo variará, estableciéndose otro estándares y composición de los recursos humanos, por ejemplo la necesidad de contar con psicólogo u otro tipo.

CAPÍTULO VII: PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Dentro de este capítulo se evaluarán los indicadores que se deben monitorear y evaluar por los distintos agentes que ejecutan o gestionan el Programa Nacional de Salud de la Infancia, según clasificación de calidad.

INDICADORES DEL PROGRAMA

Para medir los avances del Programa o situación epidemiológica de la población objetivo, se utilizaron la clasificación de indicadores de calidad [83]:

- **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 cambio 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 distribución 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.

**INDICADORES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO Y EVALUACIÓN COBERTURA
DE SERVICIO PROPIOS DEL PROGRAMA**

TIPO	ÁREA	SUJETO	NOMBRE	FÓRMULA
Centinela	Mortalidad	Menores de 1 año	Tasa de Mortalidad infantil	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones de menores de 1 años} * 1.000}{\text{N}^\circ \text{ nacidos vivos}}$
Centinela	Mortalidad	Menores de 28 días	Tasa de Mortalidad Neonatal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones de menores de 28 días} * 1.000}{\text{N}^\circ \text{ de nacidos vivos}}$
Centinela	Mortalidad	Menores de 1 año	Tasa de Mortalidad Infantil tardía	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones de niños y niñas menores de 1 año} * 1.000}{\text{N}^\circ \text{ nacidos vivos}}$
Centinela	Mortalidad	1 a 9 años	Tasa de Mortalidad en la Niñez	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones de niños (as) de 1 a 9 años} * 1.000}{\text{N}^\circ \text{ total de población de 1 a 9 años}}$
Centinela	Infección Transmisión Sexual	RN	Porcentaje de recién nacido hijos e hijas de madres VIH(+) con protocolo de transmisión vertical (PTV)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recién nacido de madres VIH(+)} * 100}{\text{total de recién nacido hijos(as) de madres VIH(+)}}$
Centinela	Abuso sexual	0 a 9 años	% de niños y niñas de 0-9 años con detección de abuso sexual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas de 0 a 9 años con abuso sexual detectados} * 100}{\text{total de población de 0 a 9 años bajo control}}$
Centinela	Mortalidad	Niños y niñas hospitalizados	Tasa de letalidad en servicio pediátricos y de neonatología	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones en servicio pediátricos y de neonatología} * 100}{\text{Número de egresos de servicio pediátricos y de neonatología}}$
Indicadores de datos agregado	Nacidos vivos	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas entre 0 a 9 años con banderas rojas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas de 0 a 9 años con banderas rojas} * 100}{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas bajo control de 0 a 9 años}}$
Indicadores de datos agregado	Bajo peso al nacer	Nacidos vivos	Porcentaje de niños(as) nacidos vivos con peso menor 2.500 gr	$\frac{\text{Niños(as) nacidos vivos con peso menor 2.500 gr} * 100}{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas nacidos vivos}}$
Indicadores de datos agregado	Prematuros	Nacidos vivos	Porcentaje de niños(as) nacidos vivos con menos de 32 semanas	$\frac{\text{Niños(as) nacidos vivos con peso menor 2.500 gr} * 100}{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas nacidos vivos}}$

Indicadores de datos agregado	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)/ Número de niños y niñas bajo control de 0 a 9 años del semestre pasado
Indicadores de datos agregado	Ingresos a control de Salud	Nacidos vivos	Porcentaje de niños y niñas que ingresan a control de salud infantil	Nº de niños y niñas que ingresan a control de salud infantil * 100/Nº de nacidos vivos
Indicadores de datos agregado	Déficit del desarrollo psicomotor	Menores de 36 meses	Porcentaje de niños y niñas menores de 36 meses con déficit en su desarrollo psicomotor	Nº de niños y niñas menores de 36 meses con déficit en su desarrollo psicomotor * 100 /Nº de niños y niñas con evaluación de su desarrollo psicomotor
Indicadores de datos agregado	Rezago del desarrollo psicomotor	Menores de 36 meses	Porcentaje de niños y niñas menores de 36 meses con rezago en su desarrollo psicomotor	Nº de niños y niñas menores de 36 meses con rezago en su desarrollo psicomotor * 100 /Nº de niños y niñas con evaluación de su desarrollo psicomotor
Proceso	Auditoría de Muerte	Menores de 1 año	Porcentaje de muertes de menores de 1 año auditadas según protocolo vigente	Número de muertes de menores de 1 año auditadas según protocolos vigente * 100 / Nº total muertes de menores de 1 año
Proceso	Control ingreso	48 - 72 horas después del alta del puerperio¹³	Porcentaje de ingresos al control del recién nacido(a) dentro de las 48 - 72 horas después del alta hospitalaria	Nº de ingresos a control del recién nacido(a) dentro de las 48 - 72 horas después del alta del puerperio*100/Nº de ingresos a control del recién nacido(a)
Proceso	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

¹³ 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.

Proceso	Control del mes de vida	1 mes	Porcentaje de binomios con alguna banderas roja activa dentro del primer mes postparto	Nº de binomio con alguna banderas roja activa dentro del primer mes postparto *100 / Nº de niños bajo control menores de 1 mes
Proceso	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	Nº 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/Nº de niños y niñas detectadas en el ingreso a control del recién nacido con anomalías en el examen físico
Proceso	Controles	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 matrn/a que controló el embarazo*100/Nº de niños y niñas de un mes cuyas madres hayan presentado factores de riesgo durante el embarazo
Proceso	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.	Nº de niños y niñas detectados sin PKU, derivados a hospital, donde se realiza procedimiento *100/ Nº de niños y niñas detectados sin toma de muestra PKU en APS
Proceso	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	Nº de niños y niñas con segunda muestra de PKU a los que se le toma una segunda muestra *100/ Nº de niños y niñas con muestra alterada
Proceso	PKU	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas fenilcetonuria que ingresan al Programa de seguimiento de PKU	Nº de niños y niñas fenilcetonuria que ingresan al Programa de seguimiento de PKU *100/ Nº de niños y niñas con fenilcetonuria

Proceso	TSH	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas TSH que ingresan a tratamiento	Nº de niños y niñas TSH que ingresan a tratamiento *100/Nº de niños/as TSH
Proceso	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
Proceso	Control ingreso	10 días después el alta del puerperio	Porcentaje de niños y niñas que ingresan a control del recién nacido(a) a cuyas madres se les entrega Material Educativo Acompañándote a descubrir Pack Nº 1 y Nº 2.	Nº de niños y niñas que ingresan a control del recién nacido(a) a cuyas madres se les entrega Material Educativo Acompañándote a descubrir Pack Nº 1 y Nº 2 *100/Nº de niños y niñas que ingresan a control del recién nacido(a)
Proceso	Score de riesgo de Morir de Neumonía	Ingreso, 1, 2,3,4, 5, 6, 8 Y 12 meses	Porcentaje de niños y niñas menores de 12 meses con Score riesgo de morir por neumonía moderado o severo que reciben control en sala IRA	Nº de niños y niñas menores de 12 meses con riesgo de morir por neumonía moderado o severo que reciben control en sala IRA * 100 / Nº de niños y niñas menores de 12 meses con riesgo de morir por neumonía moderado o severo
Proceso	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
Resultados	protocolo neurosensorial	1 mes	Porcentaje de niños y niñas de 1 mes bajo control con protocolo neurosensorial alterado	Nº de niños y niñas de 1 mes bajo control con protocolo neurosensorial alterado * 100 / Nº de niños y niñas de 1 mes bajo control con protocolo neurosensorial aplicado
Proceso	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

Proceso	Escala Edimburgo	Madres 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 (as) de 2 y 6 meses-que responden la Escala Edimburgo * 100/población bajo control de 2 y 6 meses
Estructurales	Profesional idóneo	Menores de 1 mes	Porcentaje de controles de salud infantil realizados por matrón(a) o médico a niños(as) menores de 1 mes	Nº de controles de salud infantil realizados por matrón(a) o médico entregados a niños y niñas menores de 1 mes *100 / Total de controles entregados a menores de 1 mes
Estructurales	Profesional idóneo	1 mes	Porcentaje de controles de salud infantil realizados por médico a niños(as) al mes	Nº de controles de salud infantil realizados por médico entregados a niños y niñas de un mes*100 / Total de controles entregados a niños y niñas de un mes
Resultados	Escala Edimburgo	Madres de niños y niñas de 2 y 6 meses	Porcentaje de madres de niños y niñas de 2 y 6 meses Escala Edimburgo positiva	Nº de madres de niños y niñas de 2 y 6 meses Escala Edimburgo positiva * 100/ Nº de madres de niños y niñas de 2 y 6 meses que responden Escala Edimburgo
Proceso	Escala Edimburgo	Madres 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.
Proceso	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
Proceso	Displasia de caderas	3 a 4 meses	Porcentaje de niños (as) 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

Proceso	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
Resultados	Pauta Breve	4, 12 y 24 meses	Porcentaje de niños y niñas con Pauta Breve alterada	Nº de niños y niñas con Pauta Breve alterada *100/ Nº de niños y niñas con Pauta Breve aplicada
Proceso	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
Proceso	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
Resultado	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	Nº de niños y niñas de 4 y 12 meses con escala de detección relación vincular (ADS) aplicada *100/ Nº de niños y niñas con alterada detección relación vincular (ADS) aplicada
Estructurales	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.	Nº de controles de salud infantil realizados por enfermero(a) o médico a niños y niñas de entre 2 meses a 10 años. *100 / Total de controles entregados a niños y niñas de entre 2 meses a 10 años.
Resultado	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
Resultado	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

Proceso	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
Proceso	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
Proceso	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
Proceso	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
Proceso	pautas de evaluación bucodentaria	18 meses 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
Resultados	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
Resultados	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
Resultados	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

Resultados	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
Resultados	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
Resultados	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
Resultados	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
Resultados	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
Resultados	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
Resultados	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.
Resultados	Estado nutricional	1 mes a 9 años	Porcentaje de niños y niñas menores de entre 1 mes a 10 años bajo control con mal nutrición por déficit	Nº de niños y niñas menores de entre 1 mes a 10 años bajo control con mal nutrición por déficit * 100/ Nº de niños y niñas menores de entre 1 mes a 10 años bajo control

Resultados	Estado nutricional	1 mes a 9 años	Porcentaje de niños y niñas menores de entre 1 mes a 10 años bajo control con mal nutrición por exceso	N° de niños y niñas menores de entre 1 mes a 10 años bajo control con mal nutrición por exceso * 100/ N° de niños y niñas menores de entre 1 mes a 10 años bajo control
Resultados	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"	N° 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
Resultados	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"	N° 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
Resultados	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"	N° 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
Resultados	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"	N° 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
Resultados	Estado Nutricional	1 mes a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de entre 1 mes a 10 años bajo control obesos(as)	N° 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
Proceso	Estado nutricional	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	N° niños y niñas menores de 10 años bajo control con mal nutrición por exceso o déficit derivados a nutricionista* 100/ N° de niños y niñas menores de 10 años bajo control con mal nutrición por exceso y déficit

Proceso	Estado nutricional	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 nutrición 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 nutricionista
Proceso	Inasistentes	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
Proceso	Inasistentes	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
Proceso	Inasistentes	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
Proceso	inasistentes 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
Proceso	inasistentes 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
Proceso	inasistentes 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

Proceso	inasistentes 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
Proceso	inasistentes 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
Proceso	inasistentes 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
Resultado	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
Proceso	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
Proceso	necesidades especiales	0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas menores de 10 años con necesidades especiales bajo control en CES	Nº 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

Proceso	Promoción	0 a 9 años	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutrición - Prevención de IRA - Prevención de accidentes - Salud buco-dental - 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) 	Nº de madres, padre o cuidador de niños y niñas menores de 10 años que asistieron a talleres educativos / Nº de niños y niñas menores de 10 años bajo control
Proceso	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
Proceso	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
Estructural	Protocolo de prevención de infecciones intrahospitalaria	0 - 15 años¹⁴	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
Resultados	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

¹⁴Edad pediátrica considerada en la hospitalización

Proceso	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
Proceso	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
Proceso	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
Proceso	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
Proceso	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
Proceso	Inmunización en la Infancia	12 meses	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
Proceso	Inmunización en la Infancia	18 meses	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
Proceso	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

Estructural	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
Resultados	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
Proceso	Integración 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
Proceso	Escolar	5 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas matriculados en los establecimientos educacionales de kínder a cuarto básico con control de salud	Nº de niños y niñas matriculados en los establecimientos educacionales de kínder a cuarto básico con control de salud *100/ Nº de niños y niñas matriculados en los establecimientos educacionales de kínder a cuarto básico
Proceso	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

Proceso	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
Resultado	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
Resultado	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
Resultado	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
Resultado	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
Resultado	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
Resultado	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
Resultado	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

Resultado	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
Proceso	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
Estructura	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
Proceso	Generales	encargados o referentes del Programa Nacional de Salud en la Infancia	Porcentaje de encuentros realizados con encargados del Programa en Regiones y Servicio de Salud	Número de encuentros con los encargados o referentes del Programa Nacional de Salud en la Infancia de Regiones y Servicios de Salud realizados año* 100/ Nº de encuentros planificados por año.
Estructura	Capacitación	Recurso humano que atienden a niños y niñas	Porcentaje de profesionales con actualización de sus conocimientos en crecimiento y desarrollo infantil	Nº de profesionales que atiende a niños y niñas y que participan en capacitaciones de actualización de sus conocimientos en crecimiento y desarrollo infantil*100/ Nº de profesionales que atiende a niños y niñas
Estructura	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
Estructura	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	Nº 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/ Nº de Centros de Salud

Proceso	Supervisión	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
Proceso	Perfil Epidemiológico	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
Proceso	plan operativos de infancia	SEREMI - Servicio 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
Proceso	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
Proceso	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
Proceso	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
Proceso	lista de espera para consulta especialista	Servicio de Salud	niños y niñas menores de 10 años en lista de espera por más de 120 días para consulta con especialista en el secundario	Nº de niños y niñas menores de 10 años en lista de espera por más de 120 días para consulta con especialista en el secundario

BIBLIOGRAFÍA

[1]	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, «Informes sobre Desarrollo Humano (IDH),» PNUD, 12 Diciembre 2012. [En línea]. Available: http://hdr.undp.org/es/ . [Último acceso: 24 Marzo 2012].
[2]	Consejo asesor presidencial para la reforma de las políticas de infancia , El futuro de los niños es siempre hoy, Santiago: Gobierno de Chile , 2006.
[3]	Banco Mundial, «Índice de Gini,» Banco Mundial, Sin Data Sin Data 2011. [En línea]. Available: http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI . [Último acceso: 11 Diciembre 2012].
[4]	Ministerio de Desarrollo Social, «Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional,» Ministerio de Desarrollo Social, Santiago, 2009.
[5]	Departamento de Estadística e Información de Salud, «Información de Salud Disponible,» MINSAL, 2012. [En línea]. Available: http://deis.minsal.cl . [Último acceso: 14 Noviembre 2012].
[6]	Secretaría Ejecutiva ChCC, Cuatro Años Creciendo Juntos, Santiago, 2010.
[7]	Organización Mundial de la Salud, «Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros,» OMS, Nueva York, 2012.
[8]	E. Donoso, «Desigualdad en mortalidad infantil entre las comunas de la provincia de Santiago,» Revista médica de Chile, vol. 132, nº 4, pp. 461-466, 2004.
[9]	Universidad de Chile, «Servicio Neonatología Hoapital Clínico Universidad de Chile,» Universidad de Chile, Santiago, 2001.
[10]	N. Vargas y A. Quezada, «Epidemiología, nueva morbilidad pediátrica y rol del pediatra,» Revista Chilena de Pediatría, pp. 103-110, 2007.
[11]	P. Frez, «Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud,» sin data. [En línea]. Available: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf . [Último acceso: 04 Octubre 2012].
[12]	H. Molina, H. Cordero y V. Silva, «De la sobrevida al desarrollo integral de la infancia: Pasos en el desarrollo del sistema de protección integral a la infancia,» Revista Chilena de Pediatría, vol. 1, nº 79, pp. 11-17, 2008.
[13]	N. Osseiran y G. Hartl, «La exposición a riesgos ambientales provoca casi una cuarta parte de las enfermedades,» Organización Mundial de la Salud, 16 Junio 2006. [En línea]. Available: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr32/es/index.html . [Último acceso: 14 Diciembre 2012].
[14]	Departamento de Epidemiología, «Estudio carga de enfermedad y carga atribuible 2007,» MINSAL, Santiago, 2008.
[15]	Ministerio de Desarrollo Social, «Encuesta de Caracterización Socioeconómico (CASEN),» Ministerio de Desarrollo Social, Santiago, 2011.
[16]	Ministerio de Salud, «Encuesta Nacional de Salud Escolar,» MINSAL, Santiago, 2005.
[17]	Ministerio de Salud, «Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años,» MINSAL, Santiago, 2008.
[18]	Ministerio de Salud, «Estrategia Nacional de Salud,» MINSAL, Santiago, 2010.
[19]	Ministerio de Salud, «Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud,» MINSAL, Santiago, 2006.
[20]	CEPAL, «Salud básica y bienestar: Accidentes y violencias,» [En línea]. Available: http://www.eclac.cl/prensa/noticias/comunicados/9/9189/chilenino6.pdf . [Último acceso: 30 Enero 2013].
[21]	M. Tsuang y M. Tohen, Textbook in Psychiatric Epidemiology, New York: Wiley-Liss, 2004.
[22]	B. Vicente, S. Saldivia, F. De la Barra, R. Melipillán, M. Valdivia y R. Kohn, «Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias,» Revista médica de Chile, vol. 140, nº 4, pp. 447-457, 2012.

[23]	UNICEF, «Cuarto Estudio de Maltrato Infantil,» UNICEF, Santiago, 2012.
[24]	Ministerio de Salud, «Departamento de Salud Bucal,» MINSAL, Santiago, 2012.
[25]	P. Arango, H. Fox, M. McPherson, M. McManus, C. Lauver, P. Newacheck, J. Perrin, B. Strickland y J. Shonkoff, «An Epidemiologic Profile of Children With Special Health Care Needs,» 27 Febrero 1998. [En línea]. Available: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9651423 . [Último acceso: 30 Enero 2013].
[26]	Fondo Nacional de Discapacidad, «Primer estudio Nacional de la Discapacidad en Chile,» 2005. [En línea]. Available: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/discapacidad.php . [Último acceso: 30 Enero 2013].
[27]	M. Kogan, M. McPherson, P. Newacheck, P. Van Dyck, M. Kogan y G. Weissman, «Prevalence and characteristics of children with special health care needs,» Septiembre 2004. [En línea]. Available: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15351754 . [Último acceso: 30 Enero 2013].
[28]	Ministerio de Salud, «¿Cuándo sospechar un cáncer y cómo derivar?,» MINSAL, Santiago, 2010.
[29]	Ministerio de Salud, «Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas del Niño,» MINSAL, Santiago, 2012.
[30]	P. Viguer y E. Serra, «Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia,» Psicología Evolutiva y de la Educación, vol. 12, nº 12, pp. 197-205, 1996.
[31]	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, «Medición del Estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la Población Indígena de Chile,» PNUD, Santiago, 2012.
[32]	UNICEF, «La Voz de los Niños, Niñas y Adolescentes sobre Discriminación,» UNICEF, Santiago, 2011.
[33]	Ministerio de Salud, «Manual de Lactancia Materna,» MINSAL, Santiago, 2010.
[34]	Universidad de Chile, «Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia,» UCHILE, Santiago, 2010.
[35]	JUNJI, UNICEF & UNESCO, «Encuesta Nacional de Primera Infancia,» JUNJI, Santiago, 2010.
[36]	R. Condeza, «Televisión, desarrollo y aprendizaje,» [En línea]. Available: http://www.crececontigo.gob.cl/adultos/columnas/television-desarrollo-y-aprendizaje/ . [Último acceso: 30 Enero 2013].
[37]	Consejo Nacional de Televisión, «Anuario Estadístico: Oferta y Consumo de Programación en Televisión,» 2011. [En línea]. Available: http://www.cntv.cl/prontus_cntv/site/artic/20120514/asocfile/20120514095957/anuario_estadistico_tv_abierta_2011_ult_version_angelica.pdf . [Último acceso: 30 Enero 2013].
[38]	SENAME, «Primera Encuesta Nacional de Actividades de Niños y Adolescentes y del Registro de las Peores Formas de Trabajo Infantil,» MINTRAB, INE, SENAME & OIT, Santiago, 2004.
[39]	SENAME, «Estudio de prevalencia sobre la explotación sexual comercial infantil y adolescente en Chile,» SENAME & OIT, Santiago, 2003.
[40]	Organización Mundial de la Salud, «Plan estratégico a medio plazo 2008-2013,» 2008. [En línea]. Available: http://apps.who.int/gb/s/s_amtsp3.html . [Último acceso: 03 Junio 2013].
[41]	Organización Panamericana de la Salud, «Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS Modificado (Proyecto),» 2008. [En línea]. Available: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OD%20328-documento%20completo.pdf . [Último acceso: 03 Junio 2013].
[42]	MINSAL, «Orientaciones para la planificación y programación en red 2009,» MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Santiago, 2009.
[43]	Departamento de Estudios, «Una mirada desde la equidad en salud y el enfoque de los determinantes sociales de la salud,» Ministerio de Salud, Santiago, 2007.
[44]	P. Frenz, «Ministerio de Salud, Determinantes Sociales en Salud,» 2007. [En línea]. Available: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf .

[45]	Organización Mundial de la Salud, «Nota descriptiva N°332,» 2009. [En línea]. Available: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/index.html .
[46]	L. Irwin, A. Siddiqi y C. Hertzman, «Early Child Development: Final Report for the World Organization Comisión on the Social Determinants of Health, HELP, Global Knowledge for ECD,» 2007.
[47]	Ministerio de Salud, «Piloto Pudahuel, Cesfam Gustavo Molina, niños (as) que acceden a Programa infantil. y que poseen peores resultados en salud,» MINSAL, Santiago, 2011.
[48]	UNICEF, FLACSO & Sociedad Argentina de Pediatría, Adaptado de Los Derechos del Niño Hospitalizado y Derechos de la Niñez y los servicios de salud., Argentina: Universitaria del Plata, 2009.
[49]	Ministerio de Salud, Orientaciones Técnicas para el Desarrollo Biopsicosocial de Niños(as) en Servicios de Neonatología y Pediatría, Chile: MINSAL, 2011.
[50]	Ministerio de Desarrollo Social, «Ley 19.253 Artículo 1 Pueblos Indígenas , Biblioteca Congreso Nacional,» 09 05 2008. [En línea]. Available: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30620 .
[51]	OPS, Una visión de Salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, 2008.
[52]	Biblioteca del Congreso Nacional, «Inmigrantes en Chile,» 2006. [En línea]. Available: http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2006-05-16.1264867506/PDF/temas_portada.2006-05-16.1264867506 . [Último acceso: 25 Junio 2012].
[53]	SENAME, Boletín Estadístico Nacional, Santiago: SENAME, 2012.
[54]	Departamento de Extranjería y Migración del Interior, «Oficio Circular 1179, complementado en oficio circular 6232 del 26.05.2007,» Ministro del Interior y Seguridad Pública, Santiago, 2003.
[55]	B. Peñaloza, P. Del Canto, M. Rojas y A. Telléz, «Modelo de atención en salud familiar, una propuesta para contrinuis al cambio,» Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 2001.
[56]	Ministerio de Salud, «En el camino a centro de salud familiar,» 2008. [En línea]. Available: http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/camino.pdf . [Último acceso: 3 Junio 2013].
[57]	MINSAL, «Orientaciones para la planificación y programación en red 2009,» MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Santiago, 2009.
[58]	Ministerio de Salud, «Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud,» 2009. [En línea]. Available: http://ssmaule.redsalud.gob.cl/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1519&Itemid=69 . [Último acceso: 27 Mayo 2013].
[59]	A. O, «Sociedad Chilena de Pediatría, Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria,» 2008. [En línea]. Available: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062008000200001&script=sci_arttext . [Último acceso: 25 Marzo 2012].
[60]	Ministerio de Salud, «Guía de Organización y funcionamiento de Unidades de Pacientes Críticos Pediátricos,» 2006. [En línea]. Available: https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.hospitalaria.cl%2Fdocumentos%2Fcategory%2F4-otras-informaciones.html%3Fdownload%3D46%3A5-guia-upcp1&ei=0lkJUcuBA4768QTduoCoAg&usq=AFQjCNEiBmdCybQvzLOLklqKQjZ . [Último acceso: 2012 Agosto 31].
[61]	V. G. Bastidas G, « Reforma de Salud en Chile; el plan Auge o régimen de garantías explícitas en salud,» 2007. [En línea]. Available: http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf .
[62]	Ministerio de Salud, Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, Santiago: MINSAL, 2011.
[63]	Ministerio de Salud, «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 .

[64]	Ministerio de Salud, «Reglamento de los Servicios de Salud, Decreto N°140 Artículo 7,8 y 26.» MINSAL, Santiago, 2004.
[65]	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].
[66]	Ministerio de Salud, Norma para el manejo ambulatorio de la malnutrición por déficit y exceso en el niño(a) menos de 6 años, Santiago: MINSAL, 2007.
[67]	Ministerio de Salud, «Programa Nacional de Inmunizaciones,» MINSAL, 2013. [En línea]. Available: http://www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_pni/presentacion_pni.html . [Último acceso: 4 Abril 2013].
[68]	Ministerio de Salud, «Decreto Exento N°35 Modifica Decreto N°6 del 2010,» 26 Enero 2012. [En línea]. Available: http://www.minsal.cl/portal/url/item/ba43866b2802df91e040010164014ac4.pdf . [Último acceso: 04 Junio 2012].
[69]	MINSAL, Manual de Programas Alimentarios, Santiago: MINSAL, 2011.
[70]	Ministerio de Salud, «Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria,» 2008. [En línea]. Available: http://tim.asemech.cl/files/2012/07/Manual-aps.pdf . [Último acceso: 01 Diciembre 2012].
[71]	«Guía Clínica atención primaria odontológica del preescolar de 2 a 5 años,» MINSAL, Santiago, 2009.
[72]	Ministerio de Salud, «Guía Clínica Salud Oral integral para el niño y la niña de 6 años,» MINSAL, Santiago, 2009.
[73]	Ministerio de Salud, «Guía Clínica Urgencias Odontológicas Ambulatorias,» MINSAL, Santiago, 2011.
[74]	Ministerio de Salud, Norma técnica de evaluación nutricional del niños de 6 a 18 años, Santiago: MINSAL, 2003.
[75]	OMS, «Prevención del Maltrato infantil: Qué Hacer , y cómo obtener evidencia,» OMS, Ginebra, 2009.
[76]	Ministerio de Salud, «Guía Clínica "Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años víctimas de abuso sexual",» 2010. [En línea]. Available: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/aa27720f363a745e04001011e011120.pdf . [Último acceso: 11 Mayo 2012].
[77]	OIT, «Estudio de la Explotación sexual comercial infantil y adolescente en Chile,» Organización Internacional del Trabajo, Lima, 2004.
[78]	MINSAL, Orientaciones Técnicas para Seguimiento de Prematuros, Santiago: MINSAL, 2002.
[79]	Ministerio de Salud, Norma para el óptimo desarrollo de programas de pesquisa neonatal de Chile, Santiago: MINSAL, DIPRECE, 2012.
[80]	MINSAL, «Manual del Programa Nacional de alimentación complementaria del niños prematuro externo,» MINSAL, Santiago, 2003.
[81]	MINSAL, Manual de Programa Alimentarios, Santiago: MINSAL, 2011.
[82]	Ministerio de Salud, Ordinario C21/N°1014: Orientaciones sobre estándares para camas hospitalarias Nivel de Complejidad en Atención Cerrada, Santiago: MINSAL, 2012.
[83]	Ministerio de Salud, «Indicadores,» MINSAL, Santiago.
[84]	Departamento de Epidemiología, «ESTUDIO CARGA DE ENFERMEDAD Y CARGA ATRIBUIBLE 2007,» MINSAL, Santiago, 2008.
[85]	U. Broferbrenner, «The Ecology of Human Development,» 1979.

