

# Corporación para la Nutrición Infantil

CONIN en la Red de Salud

**1974 - 2023**

[www.conin.cl](http://www.conin.cl)

CORPORACIÓN PARA LA NUTRICIÓN INFANTIL



## Carta de la Dirección.



Como Presidente de la Corporación, es para mí una gran satisfacción presentar los desafíos y avances experimentados durante los últimos años por CONIN, donde nuestro equipo, ha trabajado incansablemente para brindar la atención de calidad que nuestros niños merecen.

Han sido tiempos difíciles. La pandemia global y la volatilidad económica han planteado desafíos sanitarios, económicos y sociales sin precedentes. Sin embargo, hemos sabido adaptarnos y replantear nuestro quehacer con el fin de superar estos nuevos desafíos. Logramos ampliar nuestra capacidad para atender pacientes con necesidades clínicas cada vez más complejas, adaptándonos a sus requerimientos específicos para su desarrollo integral.

Además de los desafíos médicos, también hemos abordado cambios sociales y tecnológicos, trabajando en estrecha colaboración con la red de salud y el sistema legal-social, manteniendo siempre el foco en el cuidado y desarrollo de nuestros niños.

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a todo nuestro equipo de trabajo, cuya dedicación y esfuerzo incansable han sido la columna vertebral de nuestros logros. A los equipos clínicos de la red, a nuestras autoridades, alumnos y universidades que nos han apoyado en nuestro camino. No podríamos haber llegado tan lejos sin la colaboración de voluntarios, empresarios y proveedores que han contribuido a nuestra misión.

Estamos orgullosos de nuestros logros y nos enorgullece cumplir casi 50 años de servicio dedicado a lo más importante de nuestro país: nuestros niños. Miramos hacia el futuro con optimismo y esperamos continuar avanzando juntos en nuestro compromiso con la salud pediátrica.

**Dr. Patricio Silva Rojas**  
Presidente

---



## Resumen Ejecutivo

Desde su fundación en 1974, la Corporación de Nutrición Infantil se ha desempeñado como colaborador activo en la red asistencial pediátrica, cooperando principalmente en la erradicación de la desnutrición, flagelo que afectaba de manera importante a los niños de nuestro país.

En la medida que la hospitalización por desnutrición primaria disminuía, aumentó la demanda de atención pediátrica motivada por enfermedades genéticas, metabólicas, neurológicas, respiratorias complejas, por noxas durante la gestación y por prematuridad entre otras, que ameritan cuidados clínicos especiales. Dichas enfermedades requieren hospitalizaciones prolongadas, cuidados de elementos invasivos (sondas, traqueostomías, gastrostomías, colostomías), alimentación especializada y atención multidisciplinaria que, enmarcadas en un modelo biopsicosocial debe considerar el aspecto clínico, cognitivo, de desarrollo socioemocional y socioambiental del niño o niña.

Por otra parte, el aumento en la supervivencia de prematuros extremos y pacientes con requerimientos de atención clínica especial, tanto agudos como crónicos, ha generado un cambio epidemiológico en los requerimientos de atención de la población pediátrica que se atiende en APS y en hospitales. Además, la hospitalización prolongada determina nuevas necesidades que requieren atención psicológicas y sociales.

Esta situación ha requerido una permanente actualización en el enfoque de la atención médica y rehabilitadora en CONIN incluyendo a la familia muchas veces extendida, cuidadores, curadores o la gestión de un nuevo hogar.

En su rol asistencial, CONIN, ha ido migrando en su modelo de atención a objeto de adaptarse a esta transformación en la epidemiología pediátrica, como a su vez, en la evolución de las modalidades de atención.

En este contexto de cambios, CONIN ha estado de manera permanente modificando, agregando e implementando procesos clínicos, sociales y de gestión, que se adapten de mejor manera a los requerimientos de las redes asistenciales regionales y cooperando en la implementación de estrategias nacionales de salud, definidas por las autoridades del país.

Así, sobre la base de lo expuesto, este documento presenta la experiencia y el quehacer de CONIN en el pasado, el presente y los esfuerzos que se realizan para que, a futuro, la Corporación continúe mejorando su modelo de atención y siga atendiendo niños con un enfoque pragmático e integral de manera coherente y razonable a sus necesidades biopsicosociales, buscando una reintegración a su familia en mejores condiciones, considerando sus capacidades, potencialidad y capacidad de resiliencia.

*Cristian Delgado G*

Director Ejecutivo CONIN Chile  
2023

## Responsables Técnicos del documento:

<b>Dra. Ynés Arredondo</b> Dirección Clínica	<b>Aud. Carolina Fuentealba</b> Dirección de Operaciones	<b>Claudia Guzmán</b> Gestión de Camas
<b>Abg. Daniela Saldías</b> Dirección Jurídica	<b>Abg. Natalia Rees</b> Dirección Jurídica	<b>EU Verónica Gallegos</b> Oficina Técnica
<b>Ds. Chantal Salcedo</b> Proyectos	<b>EU Nicole Valenzuela</b> Gestión del Cuidado	<b>Dr. Elvin Martínez</b> Dirección Médica Chillán
<b>Ing. Cristián Delgado G.</b> Director Ejecutivo	<b>Dr. Patricio Silva R.</b> Presidente	

## Directorio CONIN

**Dr. Fernando Monckeberg B.**

Presidente Honorario

**Dr. Patricio Silva R.**

Presidente

**Abg. Eric Rees P.**

Director

**Dr. Jorge Roque E.**

Director

**Ing. Mauricio Yudín P.**

Director

**Abg. Sara Huerta E.**

Director

**Abg. Mauricio Yudín C.**

Director



## Directivas Centros CONIN

### CONIN Santiago

---

**Dirección Médica:**

Dra. Ma. Fernanda Bermúdez

**Gestión del Cuidado:**

EU Martina Villarroel

### CONIN Valparaíso

---

**Dirección Médica:**

Dra. Kimberly Sarmiento

**Gestión del Cuidado:**

EU Consuelo González

### CONIN Chillán

---

**Dirección Médica:**

Dr. Elvin Martínez

**Gestión del Cuidado:**

EU Eliana Díaz

### CONIN Temuco

---

**Dirección Médica:**

Dra. Eliana Pereira

**Gestión del Cuidado:**

EU Daniela Fernandez

### CONIN Valdivia

---

**Dirección Médica:**

Dra. Ynés Arredondo

**Gestión del Cuidado:**

EU Yenifer Contreras

## Directivas Sindicales

### CONIN Santiago

---

Jacqueline Escobar Sanchez.

### CONIN Valparaíso

---

Jacqueline Chacón Guadalupe, Marisol Menares Muñoz,  
Angélica Montaner Aguirre.

### CONIN Temuco

---

Liliana Carcamo Becerra, Lisette andrea del Carmen Durán  
ríos, William Anibal Huilcán Huenchuleo.

### CONIN Chillán

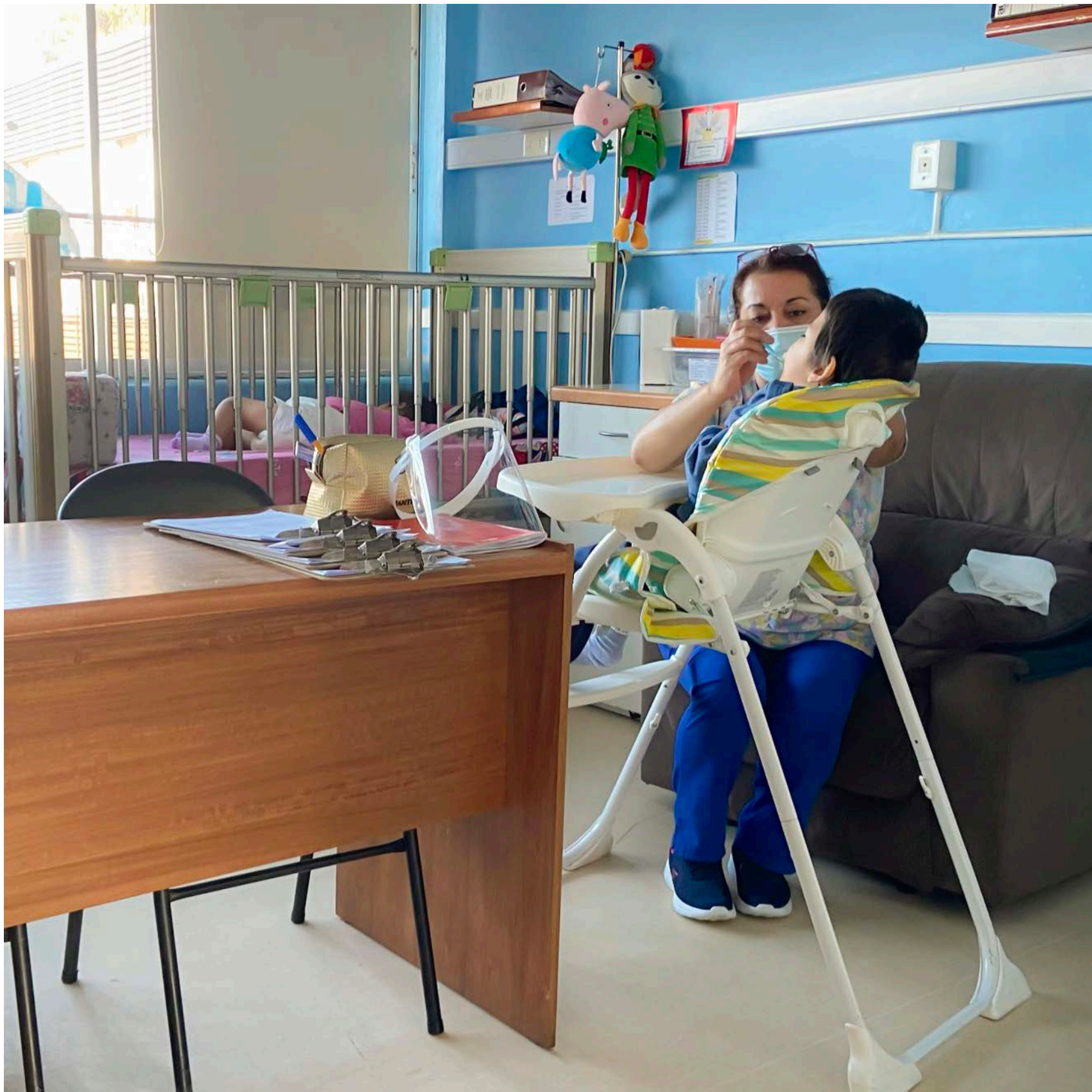
---

Liliana Cárcamo.

### CONIN Valdivia

---

Pascuala Leiva.



## Índice

<b>Capítulo I: Contexto histórico del desarrollo de CONIN.</b>	15
Conin en la actualidad.	20
<b>Capítulo II: Niños con requerimientos especiales de atención.</b>	21
El enfoque de atención.	23
La pobreza.	26
Complejidad y equipos.	28
Aporte de CONIN a la red.	33
<b>Capítulo III: Marco Legal</b>	36
Antecedentes generales.	38
Suscripción de acuerdos internacionales.	38
Marco legal nacional.	40
Consideraciones éticas.	44
Marco regulatorio CONIN.	44
<b>Capítulo IV: Centros CONIN.</b>	49
Centros CONIN.	51
Atención CONIN.	55
Norma NTG0150	57
CONIN, comunidad y usuarios.	61
Implementación Centros CONIN.	61
Plan de arquitectura.	63
<b>Capítulo V: Organización Centros CONIN.</b>	64

<b>Capítulo VI: Proyección de la demanda.</b>	70
Respecto a la proyección potencial de usuario.	72
Consultas ambulatorias.	75
<b>Capítulo VII: Vinculación con el medio.</b>	76
Campo Clínico.	77
Proyectos.	80
<b>Capítulo VIII: Plataforma Tecnológica.</b>	85
Sistema Integral	86
Seguridad.	87
Red de sistemas tecnológicos.	90
<b>Capítulo IX: Modelo de Gestión.</b>	93
Modelo de gestión.	94
Indicadores de productividad.	97
Indicadores.	98
<b>Capítulo X: Anexos</b>	100
<b>Anexo I: Modelo de atención.</b>	101
<b>Anexo II: Tipo de cama.</b>	106
Características cama integral.	108
Servicios.	108
Procedimiento de ingreso.	110
Criterio de ingreso.	111

Criterios generales de inclusión.	111
Asistencia ventilatoria no inclusiva AVNI, crónicos.	112
Asistencia ventilatoria invasiva AVI.	113
Traqueostomizados.	115
Dotación RRHH.	116
Funciones dentro del equipo.	121
<b>Anexo 3: Categorización del paciente.</b>	136
Análisis comparativo CUDYR – Categorización CONIN.	137
<b>Anexo 4: CONIN en regiones.</b>	143
<b>Anexo 5: Historia en centros a nivel nacional.</b>	148
<b>Anexo 6: Opiniones de la red.</b>	150

# CAPÍTULO I

CONTEXTO HISTÓRICO DEL DESARROLLO DE CONIN



Santiago: De Sur a Norte 1950

**H**asta mediados del siglo pasado, Chile era un país con una población de apenas seis millones de habitantes, caracterizado por su marcada pobreza y un rezago significativo en comparación con otros países de la región. Este contexto se veía agravado por cifras alarmantes de desnutrición infantil. Un futuro poco alentador se cernía sobre la población infantil en su totalidad, a menos que se implementaran medidas drásticas y efectivas para cambiar esta situación.

Sobre la base de diversas investigaciones científicas en el país durante el periodo 1950-1970, se pudo comprobar que la desnutrición de los primeros años de vida, sumada a la adversidad medio ambiental que acompañaba a la pobreza, estaban causando una elevada mortalidad temprana (más del 50% de las muertes ocurría antes de los 15 años), además de daños físicos, biológicos e intelectuales permanentes en los sobrevivientes. Ello afectaba la dinámica de toda la estructura social al limitar la incorporación de más del 60% de los menores de 5 años en la sociedad moderna que se avecinaba, por lo que se concluyó que el primer desafío para avanzar hacia el desarrollo del país era prevenir el daño



**En su rol asistencial, CONIN, ha ido migrando en su modelo de atención a objeto de adaptarse a esta transformación en la epidemiología pediátrica, como a su vez, en la evolución de las modalidades de atención.**

ocasionado por la desnutrición durante los primeros años de vida. Con esta idea, se formaría CONIN en el futuro.

Durante la década del 50 y 60 a pesar de la extensión de la desnutrición que afectaba a gran parte de la población infantil, las autoridades de la época no tenían una clara conciencia de ella y de sus consecuencias inmediatas y a largo plazo. Fueron necesarios varios años de investigaciones para llegar a poner en evidencia que el retraso del crecimiento que a los seis años de edad afectaba a más del 60% de los niños, no era debido a razones genéticas, sino consecuencia de la subalimentación crónica durante los primeros años de vida.

Se descubrió además, que la desnutrición afecta directamente las alteraciones del desarrollo cerebral. En los niños que sufren una desnutrición precoz, su cerebro, al igual que los demás órganos, crece menos, lo que se evidencia por un menor tamaño de la circunferencia craneana, lo que correlaciona estadísticamente con un menor desarrollo intelectual.

La premisa planteada durante la década del 60, como resultado de las investigaciones realizadas, sostenía que la desnutrición que afectaba al niño durante los primeros períodos de la vida constituía un difícil obstáculo para combatir la pobreza, la desigualdad y el subdesarrollo.

Con la dictación de la ley de medicina preventiva en 1924, se iniciaron programas de apoyo alimentario; Con la creación del Servicio Nacional de salud en 1952, tras una larga tramitación parlamentaria, se crea el Programa Nacional de Alimentación Complementaria -PNAC- en 1954, consolidándose la entrega de leche en polvo como una actividad vinculada al control materno infantil.

Digno de mencionar es que, poco a poco, se iba logrando una mejor comprensión de la amplitud del fenómeno de la desnutrición y sus efectos negativos en el desarrollo del país. Es así como, en la elección presidencial de 1970, los tres candidatos presentaron

en sus programas de gobierno la necesidad de fortalecer los programas de alimentación complementaria.

Se diseñó una intervención focalizada y multifactorial que abarcaba diversas acciones esenciales. Estas medidas incluían garantizar el aporte nutricional adecuado tanto para las madres embarazadas como para sus hijos, expandiendo el programa de medio litro de leche que se había establecido en 1970, el cual también incorporaba un componente educativo dirigido a las madres.

Además, se promovía el estímulo del apego, la lactancia materna, el aumento de la escolaridad de las futuras madres y la supervisión del crecimiento y desarrollo de los niños desde su nacimiento hasta los cinco años de edad.

Asimismo, se priorizaba el cuidado de salud primaria y la mejora de las condiciones de saneamiento ambiental en los hogares mediante el suministro adecuado de agua potable y la gestión de la eliminación de desechos (alcantarillado).

De manera paralela, las investigaciones realizadas arrojaron evidencia de que los niños desnutridos experimentaban una recuperación más rápida cuando recibían un tratamiento especializado e integral fuera del entorno hospitalario. Como resultado, se implementó una intervención adicional destinada a tratar a los niños menores de dos años con desnutrición avanzada de manera más eficiente.

Este conjunto de esfuerzos condujo a la creación de una organización sin fines de lucro denominada "Corporación para la Nutrición Infantil" (CONIN). Su principal objetivo, en consonancia con lo mencionado anteriormente, era contribuir al desarrollo del país, centrando su atención inicial en la recuperación de niños con desnutrición a través de un tratamiento especializado. Los primeros niños comenzaron a ser admitidos en esta iniciativa en los primeros meses de 1974.

CONIN estableció como objetivo, implementar un modelo de tratamiento, con estimulación psico-afectiva personal y grupal. Fue así como, entre 1974 y 1978, con el apoyo de la comunidad, fue posible construir, habilitar y poner en marcha, 34 centros pediátricos especializados a lo largo del país, totalizando 1.740 camas para niños menores; estos centros fueron dotados con infraestructura necesaria y recurso humano



**De izquierda a derecha:** Cristián Delgado, Director Ejecutivo CONIN, Dr. Fernando Monckeberg fundador y Presidente Emérito, Dr. Patricio Silva: Presidente CONIN, Dra. Ma. Fernanda Bermúdez: Director Médico CONIN Santiago.

(2.000 colaboradores, entre profesionales, administrativos y asistentes de enfermería, y más de 4.000 voluntarias).

La combinación de ambos programas logró, en un lapso de 25 años, corregir y prevenir la desnutrición que había persistido ancestralmente durante la primera infancia. De tal manera que, para el año 2000, el 97% de los niños en edades comprendidas entre 0 y 5 años experimentaba un crecimiento y desarrollo acorde a los estándares normativos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En los centros de CONIN, se recuperaron más de 95.000 niños desnutridos graves, con una mortalidad menor de 1.3% y un promedio de hospitalización de 150 días. Al caer progresivamente el número niños desnutridos, CONIN comenzó a disminuir el número de centros clínicos, indemnizando a todo el personal con su propio patrimonio y devolviendo los centros en comodato a la comunidad.

La contribución de CONIN en la erradicación de la desnutrición infantil, le ha valido el reconocimiento nacional e internacional, siendo Chile hoy, el país que tiene la menor tasa de desnutrición de América.

## CONIN en la actualidad:

En las últimas décadas, se han observado importantes cambios en el perfil epidemiológico de las principales causas de morbimortalidad infantil. Dichas tendencias se han originado debido a la disminución de las enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles y la disminución de la desnutrición infantil.

Estos cambios en las patologías pediátricas, están asociados a desnutrición primaria y la recuperación de la salud por enfermedades derivadas de desnutrición secundaria generadas por patologías graves, crónicas o agudas, tales como: malformaciones congénitas, enfermedades respiratorias oxígeno dependientes, neurológicas, alteraciones metabólicas, prematuros extremos, síndromes por consumo de drogas en período de gestación, enfermedades poco frecuentes, entre otras.

Así, para dar cobertura a estas patologías, CONIN ha debido también adaptarse para entregar atención clínica de mayor complejidad: exámenes y procedimientos diagnósticos, cuidados especiales, tratamientos pre y post operatorios, tratamientos farmacológicos prolongados, rehabilitación y coordinar el alta a un medio ambiente socio emocional y socio ambiental apropiado; en resumen, se requiere de una adecuada disponibilidad de recursos humanos, equipamiento, infraestructura, insumos y medicamentos que garanticen una atención oportuna, efectiva y coordinada armónicamente en la red de salud del país.

En su mayoría, la condición clínica de estos niños, requieren tratamientos extensos dada la condición de cronicidad; además, se debe coordinar acciones para atenuar situaciones de vulnerabilidad. La atención integral del niño no sólo permite generar una mejora en el aspecto clínico, si no que, a su vez, una mejora cognitiva y socio emocional. El objetivo final, es recuperar al niño e insertarlo en un medio ambiente que le permita expresar su máximo potencial de crecimiento y desarrollo.

# CAPÍTULO II

NIÑOS CON REQUERIMIENTOS ESPECIALES DE ATENCIÓN.



## El enfoque de atención:

En Chile se han producido cambios epidemiológicos y demográficos importantes en las últimas décadas. La mortalidad infantil se redujo desde 80 por mil nacidos vivos en 1970 a 5,6 por cada 1.000 nacidos vivos en 2020; así, la mortalidad infantil a disminuido a comparables con países desarrollados.

Esta disminución se atribuye a múltiples variables; así, se puede destacar entre otras, a la planificación familiar, la disminución de embarazos de alto riesgo, control del embarazo, atención profesional del parto, control del niño sano, programa de alimentación complementaria, programa nacional de vacunación, fomento de la lactancia materna, avances en la atención neonatal con implementación de unidades especiales. Niños que antes fallecían, hoy sobreviven, pero muchos presentan enfermedades crónicas o secuelas.

El primer estudio nacional de la discapacidad en Chile (ENDISC 2004) mostró que el 12,9% de la población presentaba algún tipo de limitación funcional o situación de discapacidad, siendo el 5,7% de ellos menores de 15 años. Más aún, se reportó que el 34,6% de los hogares en Chile (uno de cada 3) tenía al menos un integrante en situación de discapacidad.<sup>1</sup>

A nivel familiar, también existe impacto: las mayores demandas de cuidados que requieren estos pacientes generan que la familia se vea resentida en su salud mental, relaciones de pareja, vida laboral y calidad de vida; esto implica considerar a la familia como un elemento adicional y prioritario dentro del cuidado integral de estos pacientes.

---

1 Recomendación de Rama, Modelo de atención y Clasificación de Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención. Pag 226

Los cuidados requieren que las atenciones sean accesibles, continuos, centrados, coordinados, compasivos y vinculados a la familia o cuidadores. En EEUU, donde ha sido mejor evaluado este tipo de modelos de atención, arroja como resultados una menor utilización de recursos en salud, mejoría de la calidad de vida, menor tasa de hospitalización y menos visitas a urgencias.<sup>2</sup>

En Chile, la atención clínica de este tipo de paciente pediátrico se concentra en los niveles secundario y terciario, lo que aumenta los costos, impide la continuidad y restringe el acceso a los beneficios disponibles en la atención primaria de salud (APS). A su vez, el uso de camas hospitalarias en pacientes crónicos disminuye este recurso para la atención de pacientes con patología aguda, para lo cual están orientadas.

La Sociedad Chilena de Pediatría en sus primeros análisis de este tipo de Morbilidad, lo caracterizo como «enfermedades crónicas en la infancia» para enfatizar el requerimiento de cuidados integrales, centrado en la familia y a cargo de un equipo multidisciplinario; Corresponde a un grupo de pacientes con problemas de salud heterogéneos y de complejidad variable con condiciones tan distintas como parálisis cerebral, problemas nutricionales, respiratorios, neurológicas y cuyas necesidades de cuidados y limitaciones funcionales que pueden variar en forma significativa.

En el capítulo N°2 de la 2ª Edición 2021 “Pediatría para NANEAS”, se propone cómo organizar los servicios de atención para dar cobertura a estos pacientes.

Se Indica que: “se sabe que el desarrollo infantil es multidimensional y que los primeros años son de vital importancia, ya que ocurren hitos del desarrollo que son únicos, para integrarse a la sociedad, con todo lo que eso implica. En esta tarea participan procesos biológicos, ambientales y sociales, que finalmente permiten que los niños y niñas logren o no características físicas, cognitivas y psicológicas que se van consolidando con el tiempo. Por eso es importante además, que los padres, madres, cuidadores, los equipos de salud y el área de educación, sean capaces de pesquisar problemas en los ámbitos antes mencionados.

---

2 Homer CJ, Klatka K, Romm D, et al. A review of the evidence for the medical home for children with special health care needs. Pediatrics. 2008;122:e922-37



Así como se recomienda establecer mecanismos para detectar problemas de salud en el período prenatal, se indica que, “gracias a los avances de la medicina, la sobrevivencia de prematuros hoy es alta, pero se requiere de contener incertidumbre sobre su futura salud, ya que son pacientes que pueden requerir atenciones especiales”.

De lo anterior, que corresponde sólo a algunos ejemplos de “causas evitables”, se deduce lo ideal que sería efectuar un análisis “macro” con respecto a indicadores orientados a etapas previas al nacimiento y procedimientos posteriores a éste y que estén vinculados a causas de daños que pudieran llegar a ser, para redefinir las prioridades en el uso de los recursos.

Junto a estas causas “externas”, están los síndromes genéticos que provocan discapacidad, ya sea por un periodo limitado del ciclo vital o para toda la vida, haciendo a estos niños y niñas dependientes de un cuidador permanente para su actividad de la vida diaria o de áreas parciales.

En este ámbito de causa genética, nos encontramos con que muchos diagnósticos no son posibles de precisar porque en nuestro país no se dispone de los exámenes y kits de laboratorio necesarios o porque son muy costosos para la familia; sin embargo, el “diagnóstico en sí” pasa a segundo plano cuando la visión del niño o niña es en base a sus necesidades, que son transversales; es decir comunes a todos los niños y niñas, tales como las actividades de la vida diaria, independientes del diagnóstico preciso. Como se ve, se trata de un complejo proceso, que requiere una coordinación estrecha entre los equipos de salud en toda la Red, pero por sobre todo requiere voluntad, generosidad, creatividad y humildad de los equipos de profesionales directamente involucrados.

Así, los conceptos de “curar” y “cuidar” no se contraponen entre sí, ni tampoco contradicen un enfoque del paciente desde su diagnóstico como causalidad o desde su discapacidad o necesidad, como consecuencia. Es necesario no sólo profundizar en el horizonte de las acciones médicas, sino que también extenderse, de manera armónica y coherente, hacia aspectos psicológicos, sociales y funcionales desde una mirada profunda y holística.

“El cuidado asume una doble función: prevenir daños futuros y reparar daños

## La pobreza:

También es importante destacar la estrecha relación entre la pobreza, el ambiente socio ambiental y socio emocional. Esta relación adquiere gran relevancia en el desarrollo del ciclo vital.

El entorno socio económico en el que crecen muchos de estos niños se vuelve cada vez más complejo y exigente. Esto resalta un número significativo de carencias que pueden tener un impacto sustancial en su desarrollo adecuado y futuro, afectando aspectos tanto físicos como funcionales, emocionales y sociales.

Adicionalmente, la estructura social demanda cada vez más la contribución económica de madres y padres, reduciendo el tiempo disponible para la convivencia con sus hijos e hijas. Esto lleva, en ocasiones, a que parejas separen su camino al enfrentar la existencia de un hijo o hija con necesidades de atención especial. En muchas ocasiones, estos niños son remitidos a centros de atención que solo cubren necesidades médicas y cuidados básicos, sin adentrarse en su singularidad.

La concepción moderna de la pobreza nos lleva a considerarla no como un evento aislado, sino como un proceso que a menudo se hereda, similar a la riqueza. La pobreza puede conducir a ciclos de daño, pero aún más preocupante, dificulta enormemente la posibilidad de romper con ellos.

En un sistema en el que la atención está enfocada principalmente en emergencias vitales, los niños con condiciones crónicas de salud que provienen de contextos de pobreza enfrentan una seria amenaza. Esto se debe a la falta de priorización o en algunos casos, a la exclusión del acceso a equipos coordinados de profesionales de la salud. Estos profesionales deberían abordar, de manera integral, no solo las urgencias sanitarias, sino también el aspecto de la calidad de vida.

Indudablemente, se puede afirmar que la combinación de pobreza y una condición crónica de salud en la infancia conlleva consecuencias devastadoras, que incluyen la pérdida de oportunidades, la exclusión social y el sufrimiento tanto físico como emocional.



El desarrollo de una medicina integral orientada a atender las necesidades de estos niños se basa en un pilar fundamental que no se sustenta en la noción de caridad, sino que se enmarca principalmente en el principio ético de la justicia.

## Complejidad y Equipos:

Respecto a cómo medir el nivel de complejidad de estos niños, se ha definido en que se debe considerar además de sus diagnósticos, el nivel de monitoreo clínico, el número, tipo de profesionales y el soporte tecnológico.

Se concluyen tres áreas importantes para definir la complejidad:

- a) Necesidad de cuidados médicos complejos,
- b) Necesidad de apoyo respiratorio, y
- c) Necesidad de ayudas técnicas.

Respecto a los niños que requieren hospitalización, se definen aquellos niños que presentan condiciones crónicas con posibilidad de agudización de sus patologías.

Así, se identifican en este grupo pacientes con fragilidad médica y limitaciones funcionales severas y permanentes. Frecuentemente requieren hospitalización por descompensación de su condición de base, de forma transitoria o permanente. Este grupo permanece mucho tiempo al cuidado de un equipo en la atención terciaria, en servicios de neonatología, pediatría u hospitales de cuidados, tales como CONIN. En su atención participan distintas especialidades médicas y otros profesionales de la salud.

También se pueden hospitalizar por otras causas, ya sea para tratamientos específicos o estudios pendientes; también aquellos con deterioro progresivo, que no va acorde a lo previsto y por ende se dude del cuidado que está recibiendo; también, cuando tienen cirugías programadas.

Respecto al equipo clínico, en la actualidad, no existe un marco establecido sobre qué equipo se debería establecer para este tipo de atención. En 2016, el Ministerio de Salud llevó a cabo un proceso de "levantamiento de brechas de recursos". En este proceso, se convocaron a diversos equipos en todo el país para determinar cuál sería la configuración "básica", si es que existiera, como punto de partida para continuar mejorando y respaldando este tipo de atención.

Este proceso refleja una preocupación por parte de las autoridades y un claro deseo de avanzar en la implementación y desarrollo de este enfoque.

Por su parte, CONIN en la última década, ha ido complementando sus equipos considerando lo recomendado y lo que en la práctica se requiere: profesionales médicos, enfermería, nutricionistas, psicología, asistencia social, kinesiología, terapeutas ocupacionales, educadora, y fonoaudiología. En el caso de requerir apoyo, se debe coordinar el acceso a atenciones de especialistas broncopulmonar, fisiatras, cirugía neurología y odontología, ya que estos desempeñan roles esenciales.

Nuestro país, ha tenido cambios epidemiológicos relevantes en los últimos años; el avance en tecnologías diagnósticas, tratamientos, terapias y progreso en la organización sanitaria ambulatoria y hospitalaria, entre otros factores, han determinado cambios en la salud infantil que, de alguna u otra forma, han contribuido a que estos pacientes con requerimientos especiales de atención sean un grupo de usuarios del sistema de salud, cada vez más amplio; el nivel secundario y terciario de atención, han asumido el rol principal en el manejo y tratamiento de estos niños.

El año 2011 marcó el inicio de una colaboración entre el Ministerio de Salud y la Sociedad Chilena de Pediatría, con el objetivo de establecer bases sólidas para estandarizar la atención de niños con atenciones especiales en salud a través de la Red Asistencial, en especial en la Atención Primaria (APS).

En 2014, el MINSAL trabajó en conjunto con el Programa Nacional de Salud de la Infancia para diseñar y desarrollar el capítulo relacionado con NANEAS en la Norma Técnica de Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años en APS, proporcionando el marco conceptual e ideológico para la supervisión de salud de casos de complejidad NANEAS; en este mismo año y de forma paralela, CONIN inicio la etapa de preparación de sus centros para la atención de este grupo de pacientes, que ya comenzaban a ser derivados desde las redes asistenciales en mayor cantidad.

Durante 2021, se desarrolló la "Norma Técnica para la Supervisión Integral de la Salud de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud - Actualización 2021". Esta norma técnica tendría un rol fundamental en la coordinación de los equipos de salud en los distintos niveles de atención y subrayará la importancia de que la APS asuma un rol más activo en la atención y seguimiento de los casos en su área.

En el año 2022, se actualizó la Orientación Técnica para el manejo Integral de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud.

Disponibles estos documentos, los Servicios de Salud tienen la responsabilidad de difundirlos y planificar capacitaciones necesarias para que los equipos de salud puedan implementarlos.

En la 2a Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCAVI), del año 2006, la prevalencia del “desarrollo funcional normal” fue de 70,1%; el porcentaje de niños o niñas con rezago de desarrollo funcional fue de 18,3% y con retraso del desarrollo de 9,9%. Esto da cuenta de que un porcentaje de la población tiene una afección en algún ámbito de su desarrollo, lo que determina necesidades especiales de atención de salud, estimulación y rehabilitación. Además, mostró que un 15,7% de los menores de 15 años tiene una enfermedad respiratoria crónica; un 8,9% reporta problemas visuales y la prematurez alcanza un 5,6%.<sup>3</sup>

Se considera importante, a su vez, la relevancia de este grupo no solo por la evidente demanda de prestaciones clínicas y terapéuticas, sino también por la importancia de aumentar la cobertura de controles universales que pesquisen oportunamente cualquier otra condición social, familiar y/o en salud, lo que exige una mayor cobertura de la Red Asistencial.

Existen distintos marcos normativos que respaldan la atención de estos niños; acorde a la actual Constitución en su artículo 19, señala la necesidad de proteger el libre e igualitario acceso a acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de de la salud.

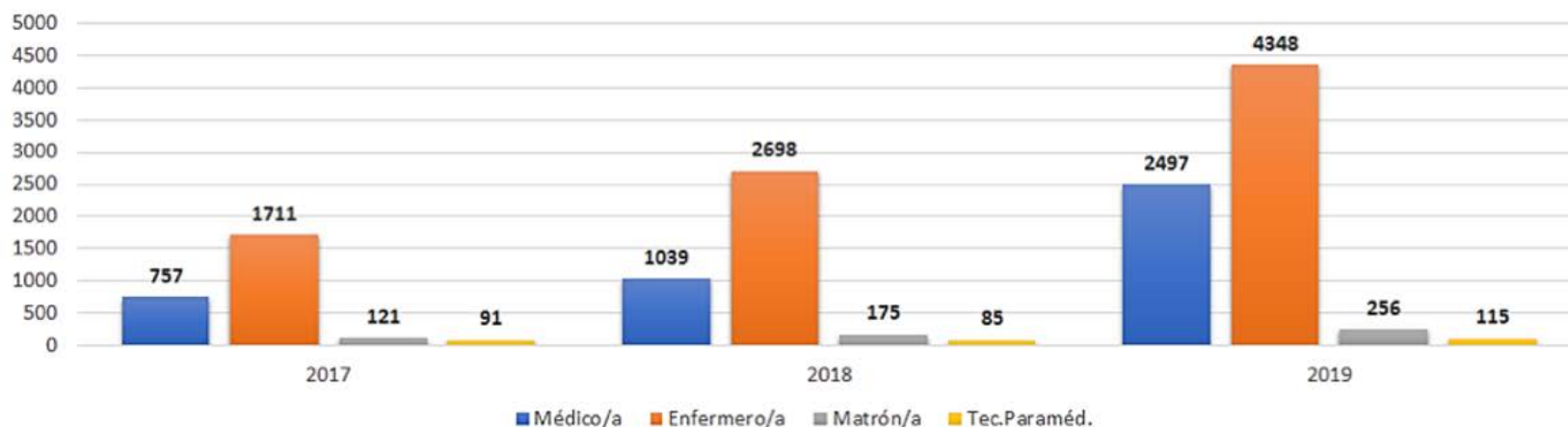
En el año 2014, el Programa Nacional de Salud de la Infancia, incorporó dentro de su marco regulatorio la atención de pacientes con requerimientos especiales de atención en APS.

---

3 Ministerio de Salud [Chile]. Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016 [Internet]. 2017 feb [citado 29 de mayo de 2020]; División de planificación sanitaria. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>

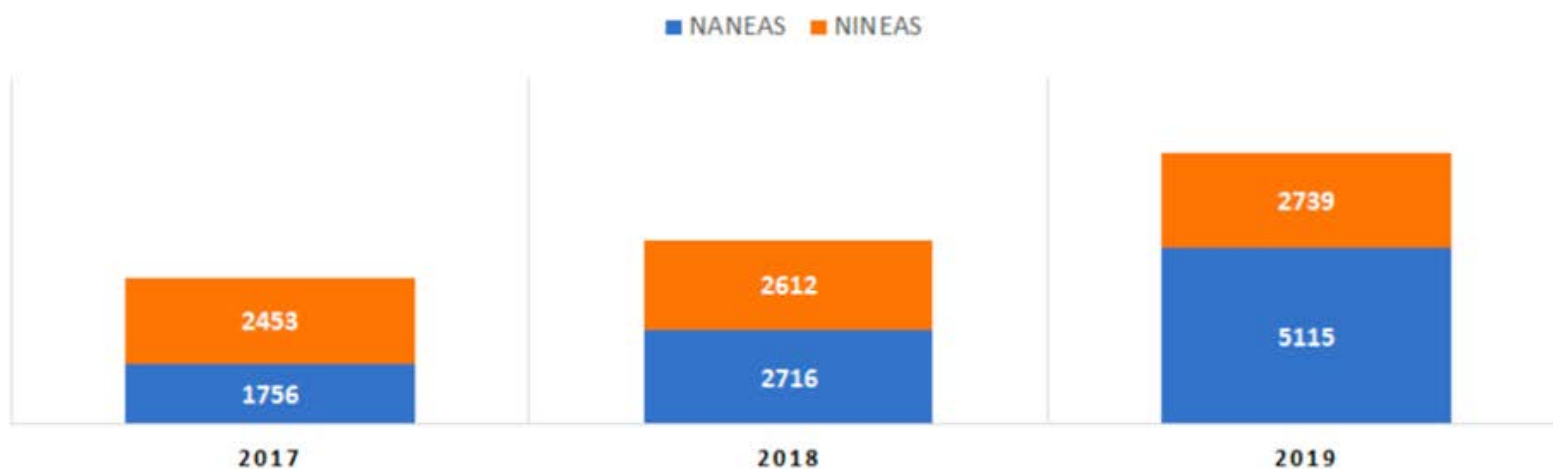
A partir de ello, se logró visibilizar en el primer nivel de atención un incremento en controles de salud en el período 2017 a 2019, como se muestra en la siguiente figura:

### Controles de Salud para niños/as con necesidades especiales de 0 a 9 años, periodo 2017-2019.



Fuente: Registros Estadísticos Mensuales, DEIS (datos preliminares año 2021).

### Atenciones medicas de especialidad a NINEAS/NANEAS de 0 a 9 años por programas y policlínicos, periodo 2017-2020.



Fuente: Registros Estadísticos Mensuales, DEIS (datos preliminares año 2021).



Entre el 2017 y 2019, se puede observar una mayor tasa de crecimiento de NANEAS, respecto a NINEAS, que si bien creció, fue en una tasa menor (11,6%).

En la Orientación Técnica para el Manejo Integral de Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención del año 2022, se declara que este grupo de atención, “constituyen un grupo heterogéneo que presenta condiciones o patologías crónicas de complejidad variable y requieren un cuidado continuo, con enfoque integral y multidisciplinario el que, a su vez, considera las especificidades propias de cada diagnóstico”

### **Aporte de CONIN a la Red.**

Manteniendo el espíritu de cooperación al desarrollo del país, durante la última década, CONIN ha mantenido su compromiso en la atención clínica de niños con diferentes y múltiples diagnósticos; con un modelo de atención centrado en promover el desarrollo integral, se abarcan sistemas cruciales como el psicomotor, el cognitivo, socioemocional y desarrollo de la resiliencia.

Un número significativo de estos niños, provenientes tanto del sistema de salud como del sistema judicial, se encuentran en una situación de alto riesgo social: ha sido esencial abordar e integrar este aspecto en el modelo de atención de CONIN.<sup>4</sup>

A esta demanda de atención clínica, se le ha sumado la atención de pacientes con necesidades de atención biopsicosocial especial; pacientes con patología crónica de complejidad variable y requerimientos de atención social atendidos bajo un modelo de atención integral, involucrando a la familia, cuidadores, curadores y redes asistenciales.

---

4 Anexo 1: Modelo de atención Conin: Definición; Objetivo; Patologías; Tipos de Cama; Servicios; Criterios de Ingreso y Egresos.

En la línea de requerimientos de las redes asistenciales, desde el año 2014, CONIN ha actualizado sus procedimientos y modelo de atención para dar cobertura a esta demanda de atención creciente. Desde hospitales y APS, entre otras, se derivan pacientes que han presentado banderas rojas o señales de alerta por:

- Malnutrición por déficit (riesgo desnutrir o desnutrición)
- Alteraciones en la talla.
- Alteración del desarrollo Psicomotor.
- Alteraciones en el ámbito socio emocional.
- Sintomatología Respiratoria.
- Enfermedades poco frecuentes.
- Síndromes abstinencia fetal.
- Casos sociales con requerimientos clínicos.

De esta manera, CONIN ha continuado su rol de apoyo a la red asistencial pediátrica, centrándose en las necesidades de los pacientes que se extienden más allá del ámbito de la salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En la misma línea, lo escrito y definido en Merle McPherson (1998-Maternal and Child Health Bureau), CONIN busca entregar una propuesta de atención a “niños que tienen un riesgo aumentado o padecen una condición crónica, sea esta física, del desarrollo, del comportamiento o emocional y que requieren una mayor atención en salud en comparación con lo que requieren los niños generalmente”; pacientes que presenten características de:

- Necesidad de atenciones y/o controles con mayor frecuencia que la población general.
- Necesidad de que los apoyos sean interdisciplinarios.
- Necesidad de respuestas intersectoriales.
- Necesidad de coordinación entre los niveles de complejidad del sistema de salud.
- Necesidad de un abordaje humanizado, que incluya dimensiones específicas dado que la condición de salud suele afectar la cantidad años de vida, así como la calidad de vida.

En la atención, CONIN considera entre otros elementos, los siguientes aspectos para el cuidado de sus pacientes con multimorbilidad:

Entrega de Cuidados:	Apoyo en la toma de decisiones.	Apoyo en el automanejo:	Sistemas de Información:	Recursos de la comunidad:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación Integral.</li> <li>- Equipo multidisciplinario coordinado.</li> <li>- Gestor de casos.</li> <li>- Planes individuales.</li> <li>- Estratificación por riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Práctica basada en evidencia.</li> <li>- Entrenamiento al equipo.</li> <li>- Consultorías.</li> <li>- Integración y coordinación de los servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento a los equipos.</li> <li>- Entrenamiento al paciente y su familia.</li> <li>- Toma de decisiones compartida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro electrónico.</li> <li>- Referencia y contra referencia.</li> <li>- Códigos unificados de patologías.</li> <li>- Envío de información del paciente a su equipo tratante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voluntad política de los tomadores de decisiones.</li> <li>- Apoyo para acceso a recursos sociales.</li> <li>- Involucrar a la red social informal del paciente.</li> </ul>

Los elementos considerados para la adaptación del modelo de atención de CONIN, se identifican a su vez, en estudio desarrollado por J. Barros 2019.

CONIN se ha prospectado durante los últimos años a ser un aporte, integrándose a las Redes de Salud para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, contribuyendo al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS con posterior integración a las redes de atención secundarias y terciarias, con prestaciones de salud más accesibles, equitativas, eficientes y oportunas.

# CAPÍTULO III

MARCO LEGAL.



## **Antecedentes generales:**

Con el aumento de la esperanza de vida en Chile, los años vividos con discapacidad (YLDs) han aumentado en un 21%, representando el 50% de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) entre 1990 y 2017.

El Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC) 2015 de SENADIS reveló que alrededor del 16,7% de la población mayor de dos años tenía discapacidad, y el 5,8% de los menores de 18 años presentaban algún tipo de discapacidad.

## **Suscripción de Acuerdos Internacionales:**

Nuestro país, se ha sumado a distintos acuerdos, declaraciones y tratados internacionales en materia de reconocimiento y protección de los derechos de la infancia.

Un primer antecedente es la Declaración Universal de los Derechos Humanos (La Declaración) proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948, fundamento político básico de la protección de los derechos humanos actuales, que viene a establecer que todos los seres humanos deben recibir un trato igualitario y respetuoso, sin importar su nacionalidad, lugar de residencia, género, origen nacional o étnico, color, religión, idioma o cualquier otro factor. Así, la Declaración, consagra expresamente en su artículo segundo, el principio de no discriminación, señalando que toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción de ningún tipo.

Sobre este principio de no discriminación, se compromete también el cuidado de la población infantil en los ámbitos de salud, socio emocionales y socio ambientales, consagrando en el artículo 25, que: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)", señalando además, que "La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales".

De este artículo se desprende una de las principales características del modelo de atención en CONIN: entregar atención integral biopsicosocial a pacientes infantiles en su contexto familiar y en ningún caso discriminar por su condición de desarrollo.

Así mismo, y en el entendido que no puede realizarse el ideal del ser humano libre con arreglo a la Declaración Universal de Derechos Humanos, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, nuestro país promulga a través del Decreto 778, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, reconociendo la dignidad inherente de las personas y sus derechos iguales e inalienables, sin condición. Se reconoce, además, que los niños son individuos con derecho al pleno desarrollo físico, mental y social, y que cada niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado.

En materia de infancia y adolescencia, la Convención Sobre los Derechos del Niño (CDN), suscrita por Chile en 1990 a través del Decreto 830, viene a culminar un largo proceso de reconocimiento y construcción de los derechos de los niños, y constituye un hito fundamental en materia de relación entre las infancias y el sistema jurídico político nacional e internacional. Así, la CDN viene a conciliar la idea de plena titularidad de los derechos humanos que les corresponden a todas las personas, con la de una protección reforzada, constituyendo a los niños como un sujeto de derecho especialísimo.

La CDN se estructura entorno a principios o cláusulas generales que constituyen el armazón jurídico del texto y que tienen como objetivo garantizar el cumplimiento de la finalidad de la CDN que es la protección y garantía del derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo del niño, entendiendo este último como el derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

Así mismo los Estados parte se comprometen a respetar los derechos enunciados en la CDN y asegurar su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, previendo las condiciones para disfrutar de una vida plena y digna, asegurando el acceso y los recursos para aquellos que requieran servicios sanitarios, cuidados especiales, rehabilitación y otras acciones que les permitan la integración y participación en la sociedad.

De esta manera, la labor ejercida por CONIN permite cooperar con el Estado en la tarea de proporcionar atención clínica pediátrica especializada, contemplando al paciente como un ser completo, con necesidades y requerimientos clínicos, sociales, afectivos y cognitivos, atendidos a través de un equipo multidisciplinario que vela en todo momento por resguardar el interés superior de los niños y niñas, y proporcionar un nivel de vida adecuado, en los términos de las obligaciones internacionales asumidas por Chile.

### **Marco Legal Nacional:**

En el marco jurídico a nivel nacional, el año 2022 se publicó la Ley 21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, que tiene por objetivo garantizar el ejercicio efectivo y el goce pleno de los derechos de los niños, niñas y adolescentes (NNA) en especial, de los derechos humanos que les son reconocidos en la Constitución Política de la República, en la Convención sobre los Derechos del Niño, en los demás tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Chile que se encuentren vigentes y en las leyes.

Dicha ley establece la protección social de la infancia y adolescencia, entendiendo por tal, el conjunto de políticas y acciones en diversos ámbitos cuyo objetivo es promover el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales, y satisfacer las necesidades básicas de alimentación, salud, educación, vivienda y cuidado, entre otros, de un modo acorde a su etapa vital, en caso de que su familia no se encuentre en condiciones de proveérselos por sus propios medios.



En este sentido, esta ley garantiza el derecho a un nivel de vida, desarrollo y entorno adecuado, que permita la mayor realización física, mental, espiritual, moral, social y cultural posible, estableciendo la obligación de los órganos del estado de proveer programas para satisfacer las necesidades básicas de NNA, programas de apoyo, beneficios de seguridad social y servicios sociales con respecto a la nutrición, accesibilidad al agua potable y alcantarillado, vestuario, vivienda en entornos seguros, atención médica, educación, cultura, deporte y recreación, como también consagra expresamente el derecho a la salud y a los servicios de salud, con independencia de la edad y estatus migratorio.

Así las cosas, CONIN se constituye como un colaborador importantísimo en las obligaciones asumidas por el Estado de Chile en relación a garantizar el derecho a la vida, la salud, a un nivel de vida, desarrollo y entorno adecuado, y el derecho a la no discriminación, entre otros, al presentarse como una alternativa específica de cuidados clínicos de trayectoria histórica a nivel nacional, que brinda atención clínico pediátrica de larga estadía, ateniendo además necesidades y requerimientos sociales, afectivos y cognitivos.

Con relación a la atención integral, esta se vincula a distintas leyes que permiten y respaldan la entrega de una oferta equitativa. A partir de ello, destacan:

- Ley N°20.422 (2010): Establece normas sobre la igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad a través de acciones que garanticen los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social en esta población específica.
- Ley N° 20.609 (2012): Establece mecanismos judiciales que permitan restablecer el imperio de derecho frente a actos de discriminación, afirmando que no se justifica, valida ni exculpa ninguna conducta arbitraria contra una persona, entre otras, por su enfermedad o discapacidad.

- Ley N°20.584 (2012): Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

A mayor abundamiento se han definido diversos cursos de acción que permitirán que el Estado de Chile continúe avanzando para garantizar el respeto, la promoción y protección de los derechos de la niñez y adolescencia, dentro de los cuales podemos destacar:

- Política de Infancia y Adolescencia 2015–2025: Incluye dentro de sus áreas estratégicas y orientaciones prioritarias, la salud integral de todas las NNA que habitan el país para su pleno desarrollo físico, mental y social, a lo largo del curso de vida. Como parte de esta estrategia y de acuerdo a los derechos reconocidos por la Convención se consideran, entre otras, las siguientes orientaciones prioritarias: (1) Fortalecer las condiciones y prestaciones que reduzcan los riesgos de mortalidad y promuevan la adecuada estimulación del NNA, tanto a nivel psicomotor como socioemocional, previniendo riesgos de rezago y retraso, con miras a asegurar su desarrollo infantil temprano; (2) Avanzar en el acceso oportuno, pertinente y de calidad a servicios y prestaciones de atención de salud sexual y reproductiva, así como de salud mental infanto-adolescente, tanto a nivel de promoción como de prevención y tratamiento; Y (3) Mejorar las condiciones de cuidado de NNA en situación de discapacidad, asimismo de quienes sufren de enfermedades graves o catastróficas.
- Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018–2025: Traduce operativamente los lineamientos y las orientaciones prioritarias de la Política de Infancia y Adolescencia, buscando promover el desarrollo integral y prevenir vulneraciones de NNA a través de la colaboración entre sectores, basado en cuatro ejes: Supervivencia, desarrollo, protección y participación. Pues bien, entre otras cosas, el eje de supervivencia aborda la reducción de mortalidad en recién nacidos, buscando mejorar el tratamiento de enfermedades costosas y prevenir muertes evitables en este grupo, lo que va en directo beneficio de niños y niñas que necesitan atención específica.

Por su parte, el eje de desarrollo, incluye el apoyo continuo a través de programas de crianza y fortalecimiento de estrategias para padres, con énfasis en NNA separados de su medio familiar, en situación de discapacidad y migrantes.

- Acuerdo Nacional por la Infancia 2018: Busca fomentar el desarrollo completo de todos los NNA, definiendo tres ejes: (1) Protección universal, promoviendo el desarrollo integral de todos los NNA que se encuentran en el territorio nacional; (2) Protección de la niñez en riesgo, para prevenir todo tipo de vulneración de derechos; Y (3) Protección de la niñez vulnerada, para dar efectiva protección y restitución de derechos a los NNA que han sido vulnerados. En relación al primer eje, la protección universal promueve el desarrollo integral a través de componentes como la salud. Así, en su medida 27, busca apoyar las trayectorias de los niños, identificar necesidades familiares y brindar prestaciones necesarias, mejorando el registro de acciones y servicios relacionados con la salud integral, como los controles de salud infantil y adolescente en Centros de APS.

De este modo, la labor de CONIN se alinea de manera idónea con los objetivos delineados por el Estado de Chile en lo que respecta a la prevención, protección y salvaguardia de los derechos de niños y niñas con necesidades especiales. Nuestro enfoque biopsicosocial y la trayectoria que hemos forjado durante más de 49 años, colaborando de manera activa en la red de salud, nos han permitido colaborar en alcanzar hitos esenciales, como la erradicación de la desnutrición en Chile. Estos logros son un testimonio inequívoco de la competencia técnica de nuestra corporación y de nuestro arraigado compromiso hacia la infancia más vulnerable.

## Consideraciones Éticas:

En la actualidad, CONIN se enfrenta a nuevos retos que se alinean con la situación actual del país. Ahora abordamos un amplio espectro de patologías de distintos niveles de complejidad. Esta ampliación de nuestro alcance conlleva la implementación de medidas, planes y estrategias para mejorar nuestra capacidad técnica, la infraestructura, equipamiento, nuestros recursos humanos y el marco normativo. Estas acciones son esenciales para asegurar el continuo desarrollo de nuestras actividades.

Así también, se han incorporado a nuestro quehacer, orientaciones que permitan guiar tanto la práctica médica, terapéutica, docencia, investigación, y en su ponderación, ayudar a tomar las mejores decisiones, incorporando de este modo la bioética que propone cuatro principios fundamentales que se describen a continuación:

- Principio de beneficencia: Este principio involucra acciones que generen bienestar, prevengan daños y contrarresten el mal. Esto abarca tanto hacer el bien como evitar omisiones que puedan causar daño.
- Principio de no maleficencia: Este principio se basa en evitar causar daño y ser prudentes para prevenir el sufrimiento físico, mental, social o psicológico. Requiere evaluar riesgos/beneficios, evitar prolongar innecesariamente procesos que lleven a la muerte y respetar la integridad humana.
- Principio de autonomía: hace referencia a la autodeterminación de cada persona para tomar decisiones en relación con su enfermedad y/o su tratamiento, lo que implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar y contar con la información para que esta decisión sea con los argumentos suficientes.
- Principio de justicia: debe entenderse como equidad, que a su vez significa la utilización racional de los recursos (beneficios, bienes, servicios), un trato merecido y justo, además de distribuir los recursos de acuerdo con las necesidades y también en los términos de eficiencia y eficacia.

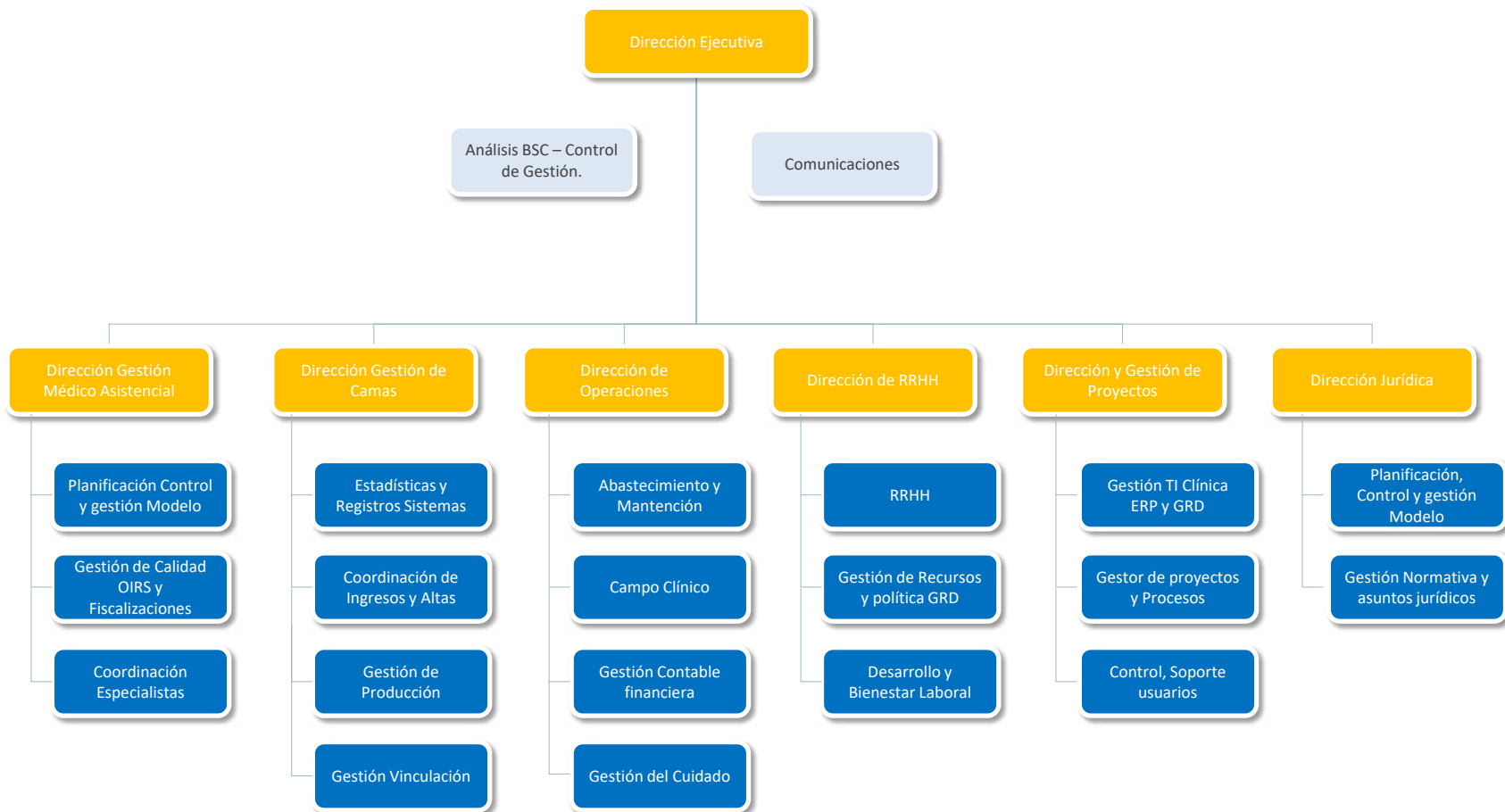
CONIN, por lo tanto, asume su rol desde una perspectiva holística, abarcando diversos aspectos que permitan garantizar que niños y niñas, con necesidades especiales en atención de salud, se desarrollen en un entorno adecuado, atendiendo no solamente sus requerimientos clínicos, sino que también resguardando el goce efectivo de todos los otros derechos de los que son titulares.

### **Marco Regulatorio CONIN:**

Durante la última década, la Corporación ha venido realizando mejoras continuas en su estructura organizativa, gestión clínica administrativa y regulatoria. Estas modificaciones tienen como propósito maximizar la eficiencia operativa y simplificar el logro de objetivos en atención y desarrollo.

En la actualidad, la Corporación es dirigida por un directorio de siete miembros, que sesionan de manera mensual.

Al Directorio le corresponde dirigir la Corporación y administrar sus bienes con miras a cumplir con los estatutos y evaluar avances de los objetivos planteados para un período. Los acuerdos adoptados por el Directorio se ejecutan por intermedio del Director Ejecutivo, quien canaliza el quehacer corporativo en seis direcciones a nivel central:



Las funciones generales de cada Dirección se definen en el organigrama y en los siguientes puntos:

- **Dirección Clínica OT** : Que tiene por objeto resguardar la correcta aplicación el modelo de atención biopsicosocial de CONIN, normar, regular y monitorizar los indicadores del quehacer clínico.
- **Dirección de Operaciones y Finanzas:** Vela por el correcto uso de los recursos financieros, dirige y entrega soporte a la operación de la Corporación.
- **Dirección Gestión de Camas:** Encargada del ingreso y egreso de pacientes y la vinculación con los diversos actores de la red de salud y comunidad.

- **Dirección de Proyectos y Ti:** Gestiona la implementación y aplicación de recursos tecnológicos y digitales. A su vez, es responsable de coordinar y ejecutar proyectos con diversos actores del sector público, privado y de la sociedad civil.
- **Dirección Jurídica Social:** Cuyo objeto, es cautelar el modelo de asistencia social, la relación con curadores y tribunales; procurar que la corporación opere dentro del marco legal y normativo vigente en el cumplimiento de los protocolos y documentos normativos de carácter interno.

La Dirección Central, coordina y supervisa el quehacer de los centros de manera transversal. A nivel local, cada centro de CONIN, organiza su quehacer por medio de una Dirección Clínica las cuales coordinan el trabajo del equipo clínico terapéutico, enfermería, asistencia social y acciones operativas.<sup>5</sup>

Dicho organigrama ha permitido establecer roles y responsabilidades, definir procesos clínico-administrativos, pautas, protocolos y el diseño de estrategias de mejoramiento con miras a alcanzar los fines y objetivos establecidos.

En la misma línea de desarrollo, se han implementado instrumentos jurídico-administrativos por el cual se regulan las actividades de la Corporación:

- **Reglamento de Orden Higiene y Seguridad:** Que establece, entre otras cosas, las obligaciones, prohibiciones y sanciones al que deben sujetarse todos los trabajadores en relación con sus labores.
- **Manual de Gobierno Corporativo y Código de Conducta:** Que recopila principios, normas, pautas y procedimientos que regulan el quehacer de la corporación de manera de prevenir, detectar y corregir acciones que pudiesen constituir malas prácticas o que contravengan los principios que orientan nuestra actividad.

---

<sup>5</sup> Anexo 2: Dotación de RRHH por Centro y funciones dentro del equipo.

- Modelo de Prevención del Delito: Con el objeto de establecer mecanismos que permitan prevenir el acaecimiento de los delitos consagrados en la ley 20.393, que regula la responsabilidad penal de las personas jurídicas, y sancionarlos en caso de que, pese a los esfuerzos de prevención, estos ocurrieran, y que además, implementa modelos de organización, administración y supervisión para prevenir delitos que afecten la vida, salud, integridad, libertad e indemnidad sexual de niños y niñas, y aquellos que afecten el correcto uso de recursos públicos.
- Plataforma de registro digital: Denominada Axiomed, en la que se constatan los avances clínicos y sociales por parte de todos los profesionales que entregan atención directa a nuestros pacientes, donde además se mantiene actualizado y a disposición de todo el personal, los protocolos y documentos normativos internos como los señalados precedentemente.
- Matriz de Procedimientos: Se han implementado procedimientos y pautas clínicas para el cuidado de los niños; junto a esto, se han implementado procedimientos de gestión con indicadores de eficiencia. Estos se revisan y actualizan en periodos determinados.
- Estandarización del proceso de selección y reclutamiento del personal de manera de cautelar el ingreso de trabajadores capacitados para la atención de niños y niñas, y se ha definido el perfil de cada cargo, de manera de establecer las características, tareas y responsabilidades que implica cada puesto de trabajo.



# CAPÍTULO IV

CENTROS CONIN



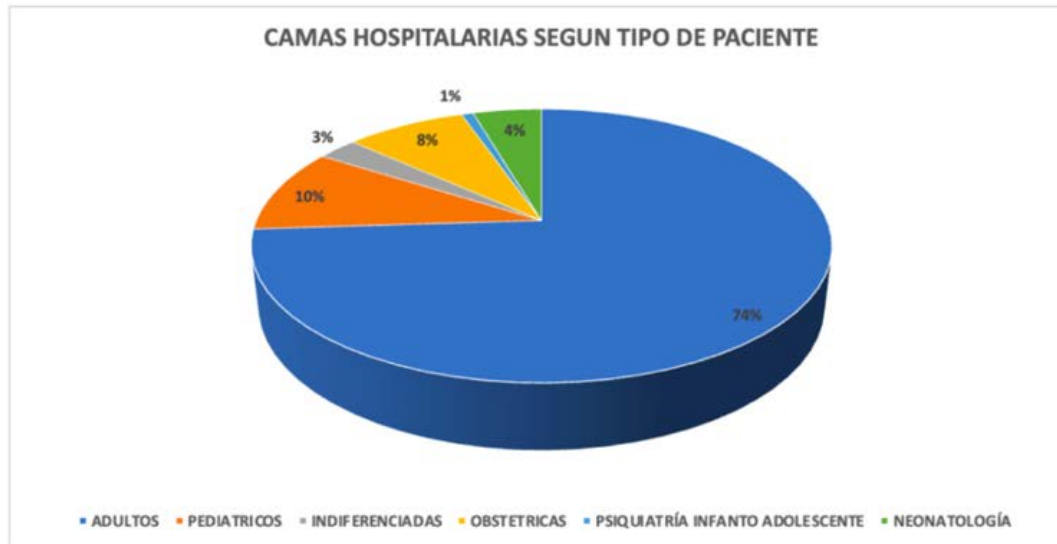
Equipo CONIN Valdivia.

## Centros CONIN:

Los centros de CONIN se ubican en diferentes regiones del país, proporcionando potencialmente a la red de salud, 38.325 días camas. Los centros, su ubicación y su capacidad se presenta a continuación:

CENTROS	CUPOS	DÍAS CAMA ANUAL
CHILLÁN	20	7.300
SANTIAGO	24	8.760
TEMUCO	21	7.665
VALDIVIA	16	5.840
VALPARAÍSO	24	8.760
<b>TOTALES</b>	<b>105</b>	<b>38.325</b>

Según información DEIS 2023, informa que, a nivel nacional, respecto al tipo de camas, un 74% de ellas está destinada a pacientes adultos y un 10% a pacientes pediátricos.



CONIN, con su modelo de atención y tipo de camas, coopera a las redes locales de salud con el número de camas que se presenta en los siguientes cuadros:

Servicio de Salud	Nombre Establecimiento	Área Funcional	2010	2014*	2018	2022
Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos	50	30	30	34
Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	Área Cuidados Intermedios Pediátricos			5	5
Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	Área Neonatología Cuidados Básicos		12	12	12
Ñuble	Hospital San Carlos	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos	15		9	
Ñuble	Hospital San Carlos	Área Neonatología Cuidados Básicos	7	4	4	3

**TOTAL                    72            46            60            54**

Total camas Red	54
Camas CONIN	19
Total Camas	73
Aporte de camas CONIN	26%

Servicio de Salud	Nombre Establecimiento	Área Funcional	2010	2014*	2018	2022
Valdivia	Hospital Clínico Regional (Valdivia)	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos		39	35	
Valdivia	Hospital Clínico Regional (Valdivia)	Área Médica Pediátrica Cuidados Medios		6	6	16
Valdivia	Hospital Clínico Regional (Valdivia)	Área Cuidados Intermedios Pediátricos		5	5	5
Valdivia	Hospital Clínico Regional (Valdivia)	Área Neonatología Cuidados Básicos	16	16	16	16

**TOTAL                    16            66            62            37**

Total camas Red.	37
Camas CONIN	16
Total Camas	53
Aporte de camas CONIN	30%

Servicio de Salud	Nombre Establecimiento	Área Funcional	2010	2014*	2018	2022
Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos	70	56	56	
Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)	Área Médica Pediátrica Cuidados Medios		10	10	65
Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)	Área Cuidados Intermedios Pediátricos	13	13	13	13
Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)	Área Neonatología Cuidados Básicos	8	8	5	

**TOTAL 91 87 84 78**

Total camas Red	78
Camas CONIN	16
Total camas	94
Aporte de camas CONIN	17%

Nombre Servicio de Salud	Nombre Establecimiento	Área Funcional	2010	2014*	2018	2022
Valparaíso San Antonio	Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos	90	41	35	
Valparaíso San Antonio	Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	Área Médica Pediátrica Cuidados Medios		6	6	
Valparaíso San Antonio	Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	Área Cuidados Intermedios Pediátricos	5	5	9	9
Valparaíso San Antonio	Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	Área Neonatología Cuidados Básicos	10	12	8	8
Viña del Mar Quillota	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos		45	37	
Viña del Mar Quillota	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	Área Médica Pediátrica Cuidados Medios		6	8	
Viña del Mar Quillota	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	Área Cuidados Intermedios Pediátricos	5		6	13
Viña del Mar Quillota	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	Área Neonatología Cuidados Básicos	3	2		6

**TOTAL 113 117 109 36**

Total camas Red	36
Camas CONIN	24
Total camas	60
Aporte de camas CONIN	40%

Nombre Servicio de Salud	Nombre Establecimiento	Área Funcional	2010	2014*	2018	2022
Metropolitano Norte	Complejo Hospitalario San José	Área Neonatología Cuidados Básicos	16	16	14	16
Metropolitano Norte	Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos	14	64	71	
Metropolitano Norte	Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río	Área Cuidados Intermedios Pediátricos	21	29	29	29
Metro Occidente	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos	28	60		
Metro Occidente	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Área Médica Pediátrica Cuidados Medios		4	40	30
Metro Occidente	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Área Cuidados Intermedios Pediátricos	6	13	12	9
Metro Occidente	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Área Neonatología Cuidados Básicos	16	8	6	5
Metro Occidente	Hospital San Juan de Dios (Santiago)	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos		38	20	
Metro Occidente	Hospital San Juan de Dios (Santiago)	Área Médica Pediátrica Cuidados Medios	30		12	
Metro Occidente	Hospital San Juan de Dios (Santiago)	Área Cuidados Intermedios Pediátricos	4	13	9	9
Metro Occidente	Hospital San Juan de Dios (Santiago)	Área Neonatología Cuidados Básicos	8	8	8	8
Metropolitano Oriente	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos	68	77	12	
Metropolitano Oriente	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna	Área Médica Pediátrica Cuidados Medios		25	68	56
Metropolitano Oriente	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna	Área Cuidados Intermedios Pediátricos	53	16	28	28
Metropolitano Sur	Hospital El Pino	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos	22	6		
Metropolitano Sur	Hospital El Pino	Área Médica Pediátrica Cuidados Medios		16	22	22
Metropolitano Sur	Hospital El Pino	Área Neonatología Cuidados Básicos	13	9	9	5
Metro Sur Oriente	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos	59	12	11	18
Metro Sur Oriente	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	Área Médica Pediátrica Cuidados Medios		50	50	43
Metro Sur Oriente	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	Área Cuidados Intermedios Pediátricos	12	12	12	12
Metro Sur Oriente	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	Área Neonatología Cuidados Básicos	12	8	8	8
Metro Sur Oriente	Hospital Clínico de la Florida	Área Médica Pediátrica Cuidados Medios				
Metro Sur Oriente	Hospital Clínico de la Florida	Área Cuidados Intermedios Pediátricos		9	9	6
Metro Sur Oriente	Hospital Clínico de la Florida	Área Neonatología Cuidados Básicos		8	8	4

**TOTAL 382 501 458 308**

Total camas Red	308
Camas CONIN	24
Total camas	332
aporte de camas CONII	7%

## Atención en CONIN:

La tasa de ocupación a nivel nacional es del 100%; sin embargo durante el mes de Julio de 2023 el 93,3% estaba ocupada, esto se explica por que al ser CONIN una corporación integrada a la Red, hay niños que estuvieron en hospitalización o en interconsultas; estos casos son el 6,7% restante.

Con igual fecha de corte, el siguiente cuadro, presenta la capacidad por centro, el rango etario de pacientes, la categoría, el número de cupos utilizados por centro y los Servicios de Salud que derivan:

AREA	Antecedente	Grupo	Valparaiso	Santiago	Chillan	Temuco	Valdivia	TOTAL
DIRECCION GESTION DE CAMIAS	Capacidad	Numero de cupos	24	24	20	21	16	105
	Clasificación	UCE	24	23	19	15	14	95
		Pediatrico		2			1	3
		Básico						0
	Derivadores		SS Valpo San Antonio	SS Oriente	SS Ñuble	SS Araucania Sur	SS Valdivia	TOTAL
	Demografico	Numero de Niños	16	9	7	13	13	58
		Grupo 0-3	16	3	5	2	5	31
		Grupo 4-6	0	6	2	4	3	15
		Grupo >7	0	0	0	7	5	12
	Derivadores		SS Villa del Mar Quillota	SS Norte	SS Concepción	SS Bio Bio	SS Concepción	TOTAL
	Demografico	Numero de Niños	7	5	5	1	1	19
		Grupo 0-3	6	4	0	0	0	10
		Grupo 4-6	1	1	1	0	0	3
		Grupo >7	0	0	4	1	1	6
	Derivadores		SS Coquimbo	SS Occidente	SS Bio Bio	SS Maule	SS Osorno	TOTAL
	Demografico	Numero de Niños	1	5	2	1	1	10
		Grupo 0-3	0	5	1	0	1	7
		Grupo 4-6	1	0	0	0	0	1
		Grupo >7	0	0	1	1	0	2
	Derivadores		SS Maule	SS Sur	SS Talcahuano			TOTAL
Demografico	Numero de Niños	0	2	1			3	
	Grupo 0-3		1	0			1	
	Grupo 4-6		1	1			2	
	Grupo >7		0	0			0	
Derivadores			Sur Oriente	SS Maule			TOTAL	
Demografico	Numero de Niños		3	4			7	
	Grupo 0-3		2	1			3	
	Grupo 4-6		1	3			4	
	Grupo >7		0	0			0	
Derivadores		SS Valpo San Antonio						TOTAL
Demografico	Numero de Niños		1				1	
	Grupo 0-3		1				1	
	Grupo 4-6		0				0	
	Grupo >7		0				0	

Se puede observar en el siguiente cuadro que, en materias de rango etario, el 80% son niños menores de 6 años que requieren para sus cuidados, monitoreo permanente por parte del equipo clínico.

Rango Etáreo	Niños	%
Grupo 0-3	53	54,1
Grupo 4-6	25	25,5
Grupo >7	20	20,4
Total	98	

Un mapeo diagnóstico, a la misma fecha de cierre, se presenta en el siguiente cuadro:

AREA	Antecedente	Grupo	Valparaiso	Santiago	Chillan	Temuco	Valdivia	TOTAL
DIRECCION CLÍNICA NACIONAL	Estado Nutricional	Eutrofico	10	19	14	14	13	70
		Riesgo desnutrir	3	0	2	0	2	7
		Desnutridos	4	1	2	1	0	8
		Sobrepeso	5	0	1	0	0	6
		Obesidad	2	5	0	0	0	7
		No evaluable						
	Diagnosticos	Nº Diagnosticos Promedios	2	8	8	7	6	31
		Diagnostico de Base Neurologico	5	3	4	8	7	27
		Diagnostico de Base Respiratorio	0	9	7	1	3	20
		Diagnostico de Base Digestiva/Nutricional	3	4	2	1	1	11
		Exposición a drogas	11	4	0	1	0	16
		Otros (Cardíaco,Down,Hemato)	5	5	6	4	4	24
		Enfermedades requerimientos especiales	4	7	14	10	9	44
		Enfermedades poco frecuentes	5	5	9	8	5	32
	Interconsultas	Interconsultas Acumuladas	44	31	22	12	38	147
		Interconsultas Promedio Paciente	1,83	1,24	1,15	1,25	2,53	8
	Planes de Tratamiento	Numero de Planes Vigentes	24	25	19	15	15	98



Respecto a los antecedentes sociales, con misma fecha de corte, es la siguiente:

AREA	Antecedente	Grupo	Valparaiso	Santiago	Chillan	Temuco	Valdivia	TOTAL
DIRECCION JURIDICA	Social	Sin Medida de Protección	2	3	0	6	3	14
		Con Medidas de Protección	22	19	17	7	12	77
		Con Familia	5	9	5	10	8	37
		Abandono	9	5	9	2	4	29
		Adopción	8	2	8	1	6	25
		Sin Antecedentes	0	0	0	0	0	0

Se desprende de estos cuadros, características y tipo de derivación de las redes locales de cada Servicio de Salud.

Los centros de CONIN en región, en materias de rango etario de los pacientes, patologías y tipos de cama, se presenta en anexo N°5.

### Norma NTG 0150

CONIN, es un establecimiento de atención cerrada, cuyo fin es proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos y reinserción de pacientes pediátricos con requerimientos de atención especiales en salud y de larga estadía.

Así, considerando lo indicado en la Norma Técnica N°0150, los centros de CONIN son centros de Mediana Complejidad, con camas de tipos de cuidado básico, medio e intermedio; la norma se compara en los cuadros presentados a continuación:

Criterios de clasificación según nivel de complejidad de Establecimientos Hospitalarios NGT 0150			
Alta Complejidad	Mediana Complejidad	CUMPLIMIENTO CONIN	Baja Complejidad
Centros finales de referencia del Servicio de Salud al cual pertenecen. Dan cobertura a toda la población del Servicio de Salud para prestaciones de alta complejidad, según cartera de servicios definidas por el gestor de red. Pueden ser establecimientos autogestionados, es decir funcionalmente desconcentrados del Servicio de Salud, en la medida que hayan obtenido su calidad de tales.	Centros intermedios de referencia, cuya complejidad está determinada por el nivel de cuidados que entrega, los servicios de apoyo y/o las especialidades con las que cuenta. Dan cobertura a la población que forma parte de su jurisdicción, más la derivada de los otros establecimientos de su Red. Dependen administrativamente del Servicio de Salud al cual pertenecen.	Actualmente es un centro de referencia de hospitalización cerrada pediátrica crónica que ofrece cuidados clínicos de enfermería 24/7, pediatría y rehabilitación integral. Se da cobertura a la población que forma parte de su jurisdicción, más la derivada de los otros establecimientos de salud de la red.	Estos establecimientos cumplen principalmente un rol de acercamiento de la salud a la población, sobre todo en zonas extremas y con alta ruralidad. Constituyen centros de Atención Primaria en los lugares donde son los únicos establecimientos de salud. Dan cobertura a toda la población de su jurisdicción en prestaciones de baja complejidad y son contra referencia de hospitales de mayor complejidad. Eventualmente pueden desarrollar pilotos y/o estrategias de prestaciones específicas orientadas al diagnóstico o tratamiento de ciertas patologías, principalmente GES, utilizando, entre otras, herramientas de telemedicina. Dependen administrativamente del Servicio de Salud al cual pertenecen

Procesos Asistenciales	Criterios de Clasificación	Hospital Autogestionado en Red		Hospital de Menor Complejidad	
		Alta Complejidad	Mediana Complejidad	CONIN	Baja Complejidad
Atención Cerrada	Número de camas	El número de camas de un establecimiento hospitalario se determina en función de la población a cargo, sin embargo podemos establecer ciertos lineamientos generales. Hasta 650 camas, según análisis de demanda. Puede considerar además días cama para la estrategia de hospitalización domiciliaria.	El número de camas de un establecimiento hospitalario se determina en función de la población a cargo, sin embargo podemos establecer ciertos lineamientos generales. De 31 hasta 300 camas, según análisis de demanda. Puede considerar además días cama para la estrategia de hospitalización domiciliaria.	El número de camas actualmente es de 16 a 24 por centro. Seguimiento post alta como hospitalización domiciliaria. Se proyecta estandarización de seguimiento por 3 meses, dos veces por semana.	El número de camas de un establecimiento hospitalario se determina en función de la población a cargo, sin embargo podemos establecer ciertos lineamientos generales. De 8 a 30 camas dependiendo de la conectividad y tele presencia.
	Nivel de cuidados	Hasta cuidados críticos de nivel intensivo e intermedio con atención por sub especialista.	Podrían entregar hasta cuidados críticos de nivel intermedio con especialidad básica, según su rol en la Red a la que pertenece	Se entrega nivel intermedio con pediatras, atención de enfermería continua y rehabilitación integral.	Sólo cuidados básicos.
Atención Cerrada	Distribución porcentual del tipo de cama según nivel de cuidados	20% de camas de cuidados críticos (intensivas y/o intermedias), 50% camas de cuidados medios y 30% de camas de cuidados básicos.	Hasta 10% camas cuidados cotices (intermedio), 40% camas cuidados medios, 50% de camas de cuidados básicos (intermedio en establecimientos > 100 camas). Para establecimientos de este nivel de complejidad y que tengan menos de 100 camas, la distribución de éstas será de 50% cuidados básicos y 50% cuidados medios.	En promedio la proporción de camas, de acuerdo a las atenciones entregadas es de un 80% camas categoría Cuidados Especiales (UCE) - 20% Camas pediátricas; se asocia nivel de complejidad, además de las patologías, a las necesidades de monitoreo permanente del equipo clínico y tecnológico.	100% de camas de cuidados básicos
	Diferenciación de camas	Indiferenciado médico-quirúrgico adulto, atención de la mujer (obstetricia), pediatría, salud mental. Hematología intensiva, hemato oncología pediátrica según red de alta complejidad definida por el nivel central.	Indiferenciado médico-quirúrgico adulto, atención de la mujer (obstetricia), pediatría, salud mental.	Hospitalización pediátrica de larga estadía categorías UCE, Pediatricos y Básicos.	Hospitalización indiferenciada básica

Procesos Asistenciales	Criterios de Clasificación	Hospital Auto gestionado en Red		Hospital de Menor Complejidad	
		Alta Complejidad	Mediana Complejidad	CONIN	Baja Complejidad
Atención Cerrada	Médico Residente	Residencia médica en UEH, camas críticas, pabellón y área de hospitalizados según estándar de recursos humanos. Se requiere coordinación única para todas las residencias.	Residencia médica en UEH compartida con el resto del establecimiento dependiendo del número de camas según estándar.	Médico en horario hábil; Cobertura y seguimiento de pacientes en otros horarios de manera permanente, desde Dirección Central y localmente.	De llamada.
	Especialización RRHH	Puede contar con todas las especialidades y subespecialidades, según la cartera de servicios definida en base a su rol en la Red Asistencial en complementariedad con otros hospitales de la misma categoría en la Red a la que pertenece. Pueden ser parte de la Red de Alta Especialidad.	Puede contar con algunas o todas las especialidades básicas y algunas otras especialidades, según la cartera de servicios definida en base a su rol en la Red Asistencial a la que pertenece.	Especialidad Pediatría. Traumatología en Temuco. Enfermería 24x7; TENS; Kinesiología; Fonoaudiología; Terapeuta Ocupacional; Nutricionista; Trabajo Social; Educadora de Parvulos; Psicopedagoga; Psicólogo.	Cuenta con atención médica y de otros profesionales de salud de tipo generalista (integrales; EDF, etc.)
	Hospitalización Pediátrica	Especialidades y Subespecialidades según cartera servicio.	Hospitalización general con especialidad pediátrica.	Especialidad en Pediatría. Apoyo de pediatra al centro en Temuco	Hospitalización general sin especialidad

Procesos Asistenciales	Criterios de Clasificación	Hospital Auto gestionado en Red		Hospital de Menor Complejidad	
		Alta Complejidad	Mediana Complejidad	CONIN	Baja Complejidad
Atención Cerrada	Medicina Física y Rehabilitación en atención cerrada	Servicio de Rehabilitación para patologías de Alta Complejidad (pacientes neurológicos, politraumatismos, amputados, quemados), puede o no estar incluida la patología de baja complejidad músculo esquelética. Cuenta con recurso humano especializado: Médico Fisiatra, Atención médica multidisciplinaria, Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Asistente Social. El recurso humano y la infraestructura se comparten entre la atención abierta y la atención cerrada.	Servicio de Rehabilitación para patología predominantemente músculo esquelética, agudo o crónico. Cuenta con recurso humano: Médico Fisiatra (puede o no estar), Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional. El recurso humano y la infraestructura se comparten entre la atención abierta y la atención cerrada.	Servicio de rehabilitación con kinesiólogía, Terapia ocupacional. Fonoaudiología. Asistente social y psicólogo	Según definición de la Red Unidad de Rehabilitación Comunitaria: patología predominantemente crónica. Cuenta con recurso humano Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional que puede o no estar. El recurso humano y la infraestructura se comparten entre la atención abierta y la atención cerrada.
	Satisfacción Usuaría	Todos los niveles de complejidad desarrollan e instalan iniciativas permanentes en satisfacción usuaria, en información a usuarios, acompañamiento de familiares a personas hospitalizadas e identificación de pacientes y equipos de trabajo. En el caso de los hospitales de alta complejidad, estas medidas están asociadas a indicadores de		Existe encuesta de satisfacción, acompañamiento a las familias, información e integración como coterapeutas	Todos los niveles de complejidad desarrollan e instalan iniciativas permanentes en satisfacción usuaria, en información a usuarios, acompañamiento de familiares a personas hospitalizadas e identificación de pacientes y

Procesos Asistenciales	Criterios de Clasificación	Hospital Auto gestionado en Red		Hospital de Menor Complejidad	
		Alta Complejidad	Mediana Complejidad	CONIN	Baja Complejidad
Servicios de Apoyo Clínico	Esterilización	Acceso a esterilización según los requerimientos de la cartera de servicios definida. La implementación de estos servicios en el establecimiento dependerá del diseño de la red que el director de servicios defina.	Acceso a esterilización según los requerimientos de la cartera de servicios definida. La implementación de estos servicios en el establecimiento dependerá del diseño de la red que el director de servicios defina.	Se proyecta servicio de apoyo de esterilización de baja complejidad	Acceso a esterilización según los requerimientos de la cartera de servicios definida. La implementación de estos servicios en el establecimiento dependerá del diseño de la red que el director de servicios defina.
	Alimentación y Nutrición	<p>Servicio de alimentación y nutrición según definiciones de la norma técnica correspondiente<sup>4</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio de Alimentación y Nutrición de Máxima Complejidad: Establecimiento que elabora un número igual o superior a 300 almuerzos por día.</li> <li>- Servicio de Alimentación y Nutrición de Mediana Complejidad: Establecimiento que elabora entre 150 a 299, almuerzos por día.</li> <li>- Servicio de Alimentación y Nutrición de Mínima Complejidad: Establecimiento que elabora un número igual o inferior a 149 almuerzos por día.</li> </ul> <p>SEDILE (Servicio dietético de leche) y/o CEFE (Central de Fórmulas Enterales) según definiciones de la norma técnica correspondientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Máxima Complejidad o tipo A: considera una producción diaria superior a 500 unidades de producción.</li> <li>- Complejidad Intermedia o tipo B: considera a la producción diaria de 499 a 100 unidades de alimentación.</li> <li>- Mínima Complejidad o tipo C: el que produce diariamente menos de 99 unidades de alimentación.</li> </ul>	<p>Los centros a nivel nacional, cuentan con servicio de Alimentación y SEDILE de mínima complejidad</p>	<p>Servicio de alimentación y nutrición según definiciones de la norma técnica correspondiente<sup>4</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio de Alimentación y Nutrición de Máxima Complejidad: Establecimiento que elabora un número igual o superior a 300 almuerzos por día.</li> <li>- Servicio de Alimentación y Nutrición de Mediana Complejidad: Establecimiento que elabora entre 150 a 299, almuerzos por día.</li> <li>- Servicio de Alimentación y Nutrición de Mínima Complejidad: Establecimiento que elabora un número igual o inferior a 149 almuerzos por día.</li> </ul> <p>SEDILE (Servicio dietético de leche) y/o CEFE (Central de Fórmulas Enterales) según definiciones de la norma técnica correspondientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Máxima Complejidad o tipo A: considera una producción diaria superior a 500 unidades de producción.</li> <li>- Complejidad Intermedia o tipo B: considera a la producción diaria de 499 a 100 unidades de alimentación.</li> <li>- Mínima Complejidad o tipo C: el que produce diariamente menos de 99 unidades de alimentación.</li> </ul>	

<sup>4</sup> Norma técnica Servicio de Alimentación y Nutrición, MINSAL, 2005

<sup>5</sup> Orientaciones técnicas para SEDILE (Servicio Dietético de Leche) y CEFE (Central de Fórmulas Enterales, MINSAL, 2010).

De esta forma, en cada centro CONIN, se identifican los siguientes tipos de camas:

- **Cama Básica:** para pacientes diagnosticados con desnutrición primaria o alteración de la ingesta alimentaria.
- **Cama Pediátrica (cuidados medios):** Para pacientes con cuidados pediátricos que requieran atención, producto de su patología de base y otras adyacentes, como por ejemplo, la alteración de la ingesta alimentaria que requiere cuidados de enfermería, intervención nutricional, Kinésica y fonoaudiología frecuente.
- **Cama Unidad de Cuidados Especiales-UCÉ:** (cuidados intermedios): Para pacientes que requieren, entre otros, mayor grado de estudios, monitorización y manejo de enfermería permanente, atención de pacientes con apoyo ventilatorio y atención parenteral (sin alimentos). uso de sondas de diversos tipos, con supervisión y dependencia.

## **CONIN, Comunidad y Usuarios.**

Es importante destacar, que cada Centro de CONIN, tiene una vinculación histórica con las comunidades en las que está ubicado. En la actualizada, cada Centro de manera local realiza actividades con la comunidad asociadas a promoción y prevención de la Salud y acciones de carácter formativo. La reseña histórica de cada centro se presenta en anexo N°6.

Por otra parte, de manera continua y con el objetivo de mantener permanente contacto con la red asistencial, la Dirección de Gestión de Camas y Vinculación con el Medio, levanta feedback y opiniones de los equipos derivadores de las redes asistenciales en las distintas regiones; estas, se presentan en anexo N°7.

## **Implementación Centros CONIN.**

Los centros de CONIN, como se detalla en el capítulo N°2, se establecieron mediante la colaboración activa de la comunidad. A medida que se desarrollaban, se adaptaron para cumplir con las normativas vigentes en ese momento y época.

En la actualidad, existen diversos aspectos en relación con la implementación y clasificación de la complejidad de los centros de atención cerrada. Así, el estándar ordinario 2110 sugiere pautas en cuanto a recursos humanos y equipamiento. Por otro lado, la Norma Técnica Básica establece los criterios que deben cumplirse en lo que respecta a la infraestructura requerida para la implementación de camas de nivel de complejidad media.

Ambos lineamientos, durante los últimos años, han sido guías para la planificación de mejoras en los Centros de CONIN a nivel nacional.

La formación de equipos clínicos en CONIN ha evolucionado en el tiempo de acuerdo con los requerimientos del modelo de atención, el cual responde a los tratamientos requerido por los pacientes derivados de la red salud. El detalle de la dotación de

recursos humanos se encuentra disponible en el Anexo N°2.

Al compararlo con el estándar ordinario 2110, se observa que CONIN contempla un equipo clínico más diversificado. Este nivel de dotación del equipo clínico ha sido formado en coherencia a los requerimientos de atención de los pacientes; además, concuerda con las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud (MINSAL) en lo que respecta al cuidado de niños con necesidades especiales de atención.

Respecto al tipo de cama, referidas al modelo de atención clínica de CONIN, el tipo de complejidad de cama se ha homologado de acuerdo a lo presentado en el anexo N°3. En materias de Infraestructura, para cada centro se consideran las áreas definidas en el plan de arquitectura presentado a continuación. La definición y diseño de áreas se basa en las NTB, Norma 58 y Guía de Diseño para Establecimientos cerrados de Mediana Complejidad.

Respecto a la clasificación de Complejidad de los establecimientos, se ha utilizado la orientación vigente. Así de acuerdo con esta, CONIN se clasifica como Centro de Mediana Complejidad, de acuerdo a lo presentado en cuadros del punto 1.3.

## Plan Arquitectura de CONIN

Versión Actualizada 1 de Agosto 2023

Capacidad Atención de Niños Centros  
Metros Cuadrados

24  
780,8

N°	Area	Sectores	Mt2	Observación	
1	Sala de Espera	Ingreso de Pacientes	Área pública	20	
2	Baños de Pacientes	Ingreso de Pacientes	Área pública	8	
3	Oficina Asistencia Social	Ingreso de Pacientes	Área pública	8	1
4	Oficina Psicologo	Ingreso de Pacientes	Área pública	8	1
5	Sala de Reunión Multiuso	Ingreso de Pacientes	Área pública	15	
6	Box de Atención Ingreso Paciente	Box Atención 1	Área técnica	12	
7	Sala Diagnostico	Box Atención 2	Área técnica	12	
8	Estacionamiento de Rodantes	Sala guardado	Área apoyo	12	
9	Estacion enfermeria	Hospitalizacion	Área técnica	15	2
10	Esterilizacion/Desinfección alto Nivel	Hospitalizacion	Área técnica	12	1
11	Clínica de Enfermería / Botiquin	Hospitalizacion	Área técnica	12	
12	Sala de Equipos	Hospitalizacion	Área técnica	8	
13	Hospitalización Sala 1	Hospitalizacion	Área técnica	50	1
14	Hospitalización Sala 2	Hospitalizacion	Área técnica	49,6	1
15	Hospitalización Sala 3	Hospitalizacion	Área técnica	49,6	1
16	Hospitalización Sala 4	Hospitalizacion	Área técnica	49,6	1
17	Baños Personal	Hospitalizacion	Área técnica	9	
18	Baño de Niños	Hospitalizacion	Área técnica	12	
19	Sala estar Personal	Hospitalizacion	Área técnica	15	
20	Sala Docencia	Hospitalizacion	Área técnica	12	
21	Sala Multiuso Educación	Apoyo Terapeutico	Área técnica	20	1
22	Cepilleros Baños Niños	Apoyo Terapeutico	Área técnica	5	
23	Sala estar Niños	Apoyo Terapeutico	Área técnica	15	
24	Locker Niños	Apoyo Terapeutico	Área técnica	5	
25	Sala Terapeuta Ocupacional	Apoyo Terapeutico	Área técnica	20	1
26	Sala Fonoaudiología	Apoyo Terapeutico	Área técnica	20	1
27	Sala de Kinesiología	Apoyo Terapeutico	Área técnica	20	1
28	Central Alimentacion	SEDILE	Área técnica	15	1
29	Central Alimentacion	Cocina	Área técnica	15	1
30	Central Alimentacion	Bodega alimentos-Veduras	Área técnica	9	1
31	Central Alimentacion	Bodega Alimentos frios	Área técnica	9	1
32	Central Alimentacion	Baño / Vestidor Interior	Área técnica	9	1
33	Central Alimentacion	Oficina Nutricionista	Área técnica	6	1
34	Sala Reuniones 1	Area Administrativa	Área apoyo	20	
35	Sala Reuniones 2	Area Administrativa	Área apoyo	15	
36	Oficinas Centro Clínico	Área administrativa	Área apoyo	7	1
37	Oficinas Centro Clínico	Área administrativa	Área apoyo	7	1
38	Oficinas Centro Clínico	Área administrativa	Área apoyo	7	1
39	Locker Alumnos /vestidores	Servicios	Área apoyo	15	
40	Comedor personal	Servicios	Área apoyo	30	
41	Baños Personal	Servicios	Área apoyo	16	
42	Camarines Varon	Servicios	Área apoyo	16	
43	Camarines Damas	Servicios	Área apoyo	16	
44	Sala de Entrega/recepcion	Lavanderia	Área apoyo	5	1
45	Lavanderia - Roperia	Lavanderia	Área apoyo	25	1
46	Baño / Vestidor Interior	Lavanderia	Área apoyo	4	
47	Sala de Basura	Servicios	Área apoyo	4	
48	Bodega General	Servicios	Área apoyo	20	2
49	Sala de Control General	Servicios	Área apoyo	5	
50	Sala Computacion	Servicios	Área apoyo	5	
51	Sala Lavado de Cunas	Servicios	Área apoyo	7	
	<b>TOTAL M2</b>		<b>780,8</b>	<b>26</b>	

# CAPÍTULO V

ORGANIZACIÓN CENTROS CONIN.



Los Centros de Atención CONIN, se han organizado sobre la base de cumplir objetivos clínicos, plan de trabajo y metas en el marco de su modelo de atención.<sup>6</sup> De base, se consideran los siguientes objetivos:

- Esforzarse por un diagnóstico precoz de certeza y no sólo de sospecha.
- Tratar sin iatrogenia y monitorizar la evolución de la enfermedad y el impacto del tratamiento.
- Prevenir complicaciones y secuelas.
- Rehabilitar en la mayor medida posible.
- Supervisar, permanentemente, el crecimiento, desarrollo y cumplir con las normas de puericultura.
- Resguardar condición social, socioemocional, socioambiental del niño.

Se formulan planes de trabajo con metas graduales, sucesivas y de dificultad creciente organizando el trabajo del grupo. Las metas del niño y la familia deben ser alcanzables en períodos flexibles, pero especificados. Llegar a metas -aún modestas- confiere sensación de seguridad y progreso y contribuye al manejo exitoso.

Dicho plan debe ser precedido por un listado escrito de los problemas biológicos, psicosociales y familiares; en que se registre, periódicamente, el avance en la solución de cada uno, dejando constancia de la fecha de cada revisión de la lista.<sup>7</sup>

El equipo de atención, durante la hospitalización mantiene relación permanente con unidades derivadoras, áreas sociales y en el momento del alta, se deja relacionado con APS. Se trata de mantener una relación entre los equipos, conocerse y establecer coordinaciones con los diferentes niveles de atención.

---

6 Anexo 1: Modelo de Atención.

7 Los registros, información y análisis se realiza por medio de plataforma tecnológica Axiomed.

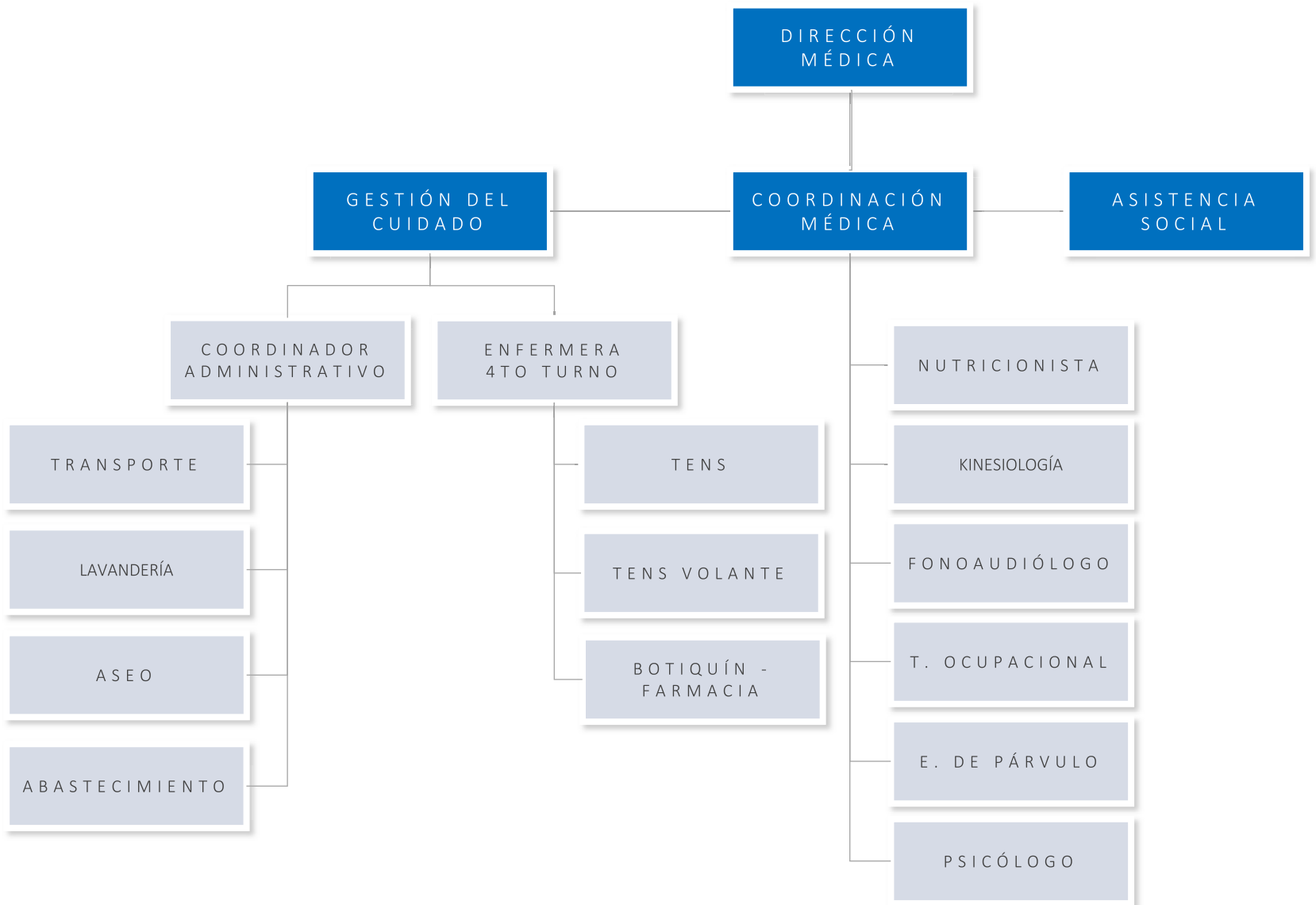
La composición de los equipos ha sido establecida de acuerdo con las patologías que deba atender, información que se obtiene del diagnóstico epidemiológico de las patologías más prevalentes y del diagnóstico administrativo del sistema local de salud.

El médico, enfermera y variados integrantes del equipo deben asumir, además, la supervisión del crecimiento y desarrollo y de la puericultura de cada edad; a su vez, los equipos asumen aspectos psicosociales y necesidades específicas: asistentes o trabajadores sociales, sicólogos, abogados, nutricionistas, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, etc.

Otras conexiones importantes son aquellas con los equipos de cuidados paliativos y con Comités de Ética Pediátrica de los hospitales derivadores.



Los centros de CONIN se organizan de la siguiente, manera:



De manera esquematizada, la siguiente figura presenta el modelo de atención en CONIN.



Como se observa en el diagrama, en el momento del alta clínica, por condición social, el paciente podría quedar en estado de cuidados en CONIN, debido a:

- **Familia de Origen:** La familia primaria o redes familiares no se encuentran en condiciones de recibir al niño y continuar con cuidados. Esto se determina a través de Tribunales y Curadores con apoyo de CONIN.
- **Adopción:** Los niños en estado de susceptibilidad de adopción, requieren de gestiones y coordinaciones con áreas especializadas, tribunales y curadores.
- **Residencias:** Son pacientes que podrían ser derivados a residencias del sistema social. Sin embargo, ha existido dificultad en derivaciones producto de que no existen plazas disponibles para el cuidado de este tipo de niños. La situación a sido presentada a mejor niñez para evaluar solución.

# CAPÍTULO VI

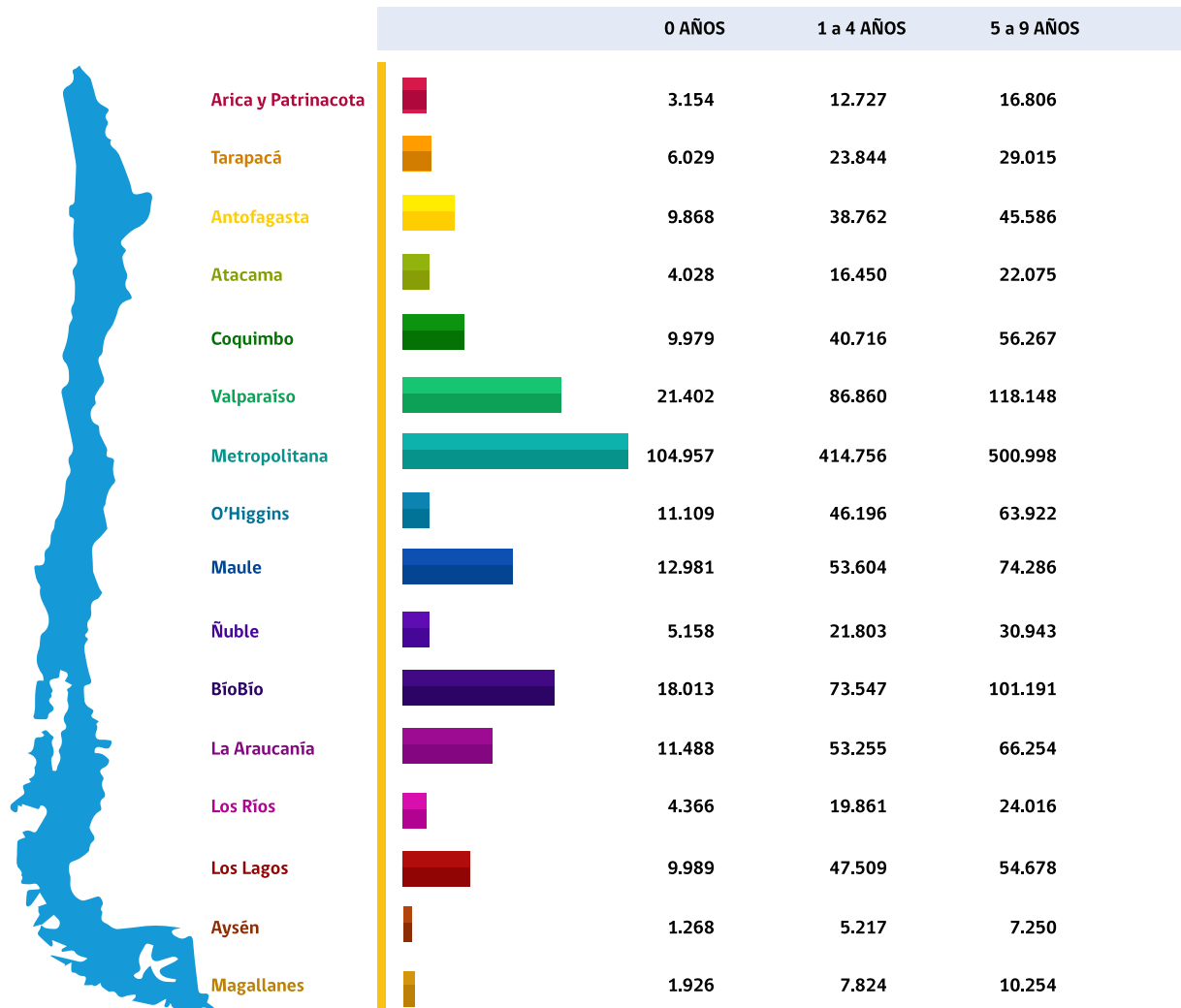
PROYECCIÓN DE LA DEMANDA



## Respecto a la proyección potencial de usuarios:

Actualmente en el sistema público de salud, se desarrolla el programa de control de Niño Sano sobre un volumen de aproximadamente M 1.655 niños entre 0 y 6 años.

La siguiente imagen, presenta el número de pacientes pediátricos por regiones:



Fuente: INE - Censo 2017 - Proyección población Chile 2024.



La población de niños entre 0 y 6 años se espera sea estable entre los años 2023 y 2035 de acuerdo con proyecciones del INE; la información se presenta en el siguiente cuadro.

RANGO 0 - 15 AÑOS AMBOS SEXOS											
EDAD	2.023	2.024	2.025	2.026	2.027	2.028	2.029	2.030	2.031	2.032	2.033
0	237.015	235.715	234.060	232.106	229.904	227.508	224.968	222.323	221.346	219.179	216.997
1	237.757	236.930	235.625	233.972	232.022	229.824	227.433	224.897	222.257	221.282	219.119
2	237.648	237.822	236.988	235.680	234.029	232.080	229.884	227.494	224.960	222.320	221.346
3	235.768	237.744	237.908	237.072	235.766	234.113	232.164	229.969	227.581	225.048	222.410
4	233.138	235.870	237.837	238.000	237.161	235.856	234.204	232.257	230.062	227.674	225.141
5	233.418	233.241	235.962	237.925	238.089	237.251	235.947	234.295	232.348	230.155	227.767
6	240.783	233.518	233.333	236.051	238.014	238.178	237.339	236.035	234.384	232.438	230.245
<b>Total Rango Etario</b>	<b>1.655.527</b>	<b>1.650.840</b>	<b>1.651.713</b>	<b>1.650.806</b>	<b>1.644.985</b>	<b>1.634.810</b>	<b>1.621.939</b>	<b>1.607.270</b>	<b>1.592.938</b>	<b>1.578.096</b>	<b>1.563.025</b>
7	254.192	240.878	233.605	233.417	236.135	238.098	238.262	237.424	236.120	234.470	232.525
8	259.674	254.279	240.959	233.686	233.495	236.214	238.177	238.342	237.503	236.201	234.551
9	255.470	259.755	254.351	241.031	233.758	233.568	236.288	238.251	238.416	237.577	236.275
10	254.066	255.544	259.821	254.417	241.099	233.825	233.635	236.354	238.318	238.483	237.645
11	257.567	254.132	255.602	259.877	254.474	241.158	233.885	233.696	236.415	238.379	238.544
12	261.795	257.625	254.186	255.654	259.928	254.526	241.212	233.941	233.752	236.471	238.435
13	263.086	261.845	257.671	254.231	255.698	259.970	254.571	241.259	233.990	233.801	236.521
14	261.490	263.127	261.879	257.705	254.266	255.733	260.007	254.608	241.300	234.032	233.845
15	254.901	261.516	263.147	261.898	257.726	254.290	255.757	260.031	254.634	241.330	234.064
<b>Total Rango Etario</b>	<b>2.322.241</b>	<b>2.308.701</b>	<b>2.281.221</b>	<b>2.251.916</b>	<b>2.226.579</b>	<b>2.207.382</b>	<b>2.191.794</b>	<b>2.173.906</b>	<b>2.150.448</b>	<b>2.130.744</b>	<b>2.122.405</b>
<b>Total general</b>	<b>3.977.768</b>	<b>3.959.541</b>	<b>3.932.934</b>	<b>3.902.722</b>	<b>3.871.564</b>	<b>3.842.192</b>	<b>3.813.733</b>	<b>3.781.176</b>	<b>3.743.386</b>	<b>3.708.840</b>	<b>3.685.430</b>

Para analizar la proyección de la demanda potencial base de CONIN, se consideran las siguientes tasas, las cuales fueron expuestas en capítulos anteriores:

- A) Ubicación de Centros CONIN.
- B) Tasa de Pobreza.
- C) Tasa de Malnutrición, Diagnostico Nutricional Integral.
- D) Tasa de Prematuros.
- E) Tasa de Pacientes Crónicos.

El siguiente cuadro, presenta la relación de estas cuatro variables definiendo una estimación base de proyección de demanda a los centros de CONIN. La metodología de calculo, se determina considerando el total de niños en el rango etario, multiplicado por la tasa de malnutrición, prematuros y crónicos.

A la sumatoria de ellos, se asocia la tasa de pobreza, determinando para estos grupos un potencial de derivaciones por centro:

REGIÓN	CENTRO CONIN	POBLACIÓN 0 - 5 (Año: 2022)	Pacientes Crónicas 6%	Pacientes Prematuros 5,6%	Pacientes con Desnutrición y Riesgo 3,1%	Total de Pacientes Potenciales	Tasa de Pobreza Población	Población Asociada a Pobreza
ANTOFAGASTA	-	56.513	3.391	3.165	1.752	8.307	7,6%	631
COQUIMBO	-	61.015	3.661	3.417	1.891	8.969	7,9%	709
VALPARAÍSO	VALPARAÍSO	131.252	7.875	7.350	4.069	19.294	6,6%	1.273
METROPOLITANA	SANTIAGO	610.448	36.627	34.185	18.924	89.736	4,4%	3.948
ÑUBLE	CHILLÁN	33.287	1.997	1.864	1.032	4.893	12,1%	592
BIOBÍO	CHILLÁN	112.540	6.752	6.302	3.489	16.543	7,5%	1.241
LA ARAUCANÍA	TEMUCO	72.951	4.377	4.085	2.261	10.724	11,6%	1.244
LOS RÍOS	VALDIVIA	26.982	1.619	1.511	836	3.966	5,9%	234

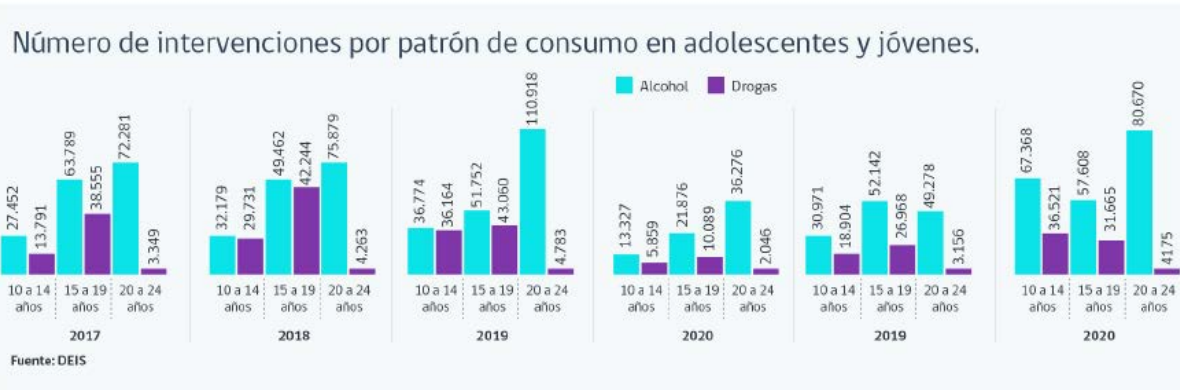
Fuente: Elaboración propia de acuerdo a fuentes MINSAL y CASEN.

**Demanda Potencial Base**

**9.873**

A esta demanda base, se debe agregar aquellos pacientes con problemas de carácter respiratorio, neurológicos, abstinencia fetal, enfermedades poco frecuentes y pacientes derivados de redes de protección de niñez y/o tribunales.

Es importante destacar que en el caso de los pacientes que nacen con abstinencia fetal, producto del consumo de sustancias por parte de la madre durante el embarazo, ha sufrido un alza importante; se puede observar en el siguiente cuadro, el crecimiento de intervenciones por consumo; de este grupo, existe alta prevalencia de nacimientos con abstinencia fetal.



## Consultas ambulatorias APS:

De acuerdo Información de DEIS 2022, en las regiones donde se encuentra presente CONIN, el número de Consultas realizadas por pacientes y que eventualmente podrían requerir atención en CONIN, se presenta en el siguiente cuadro:

Región	Patología	Hombres < 1	Mujeres < 1	Hombres 1 a 4	Mujeres 1 a 4	Hombres 5 a 9	Mujeres 5 a 9	Total
Valparaíso	SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	132	75	193	133	53	69	655
Valparaíso	OTRAS RESPIRATORIAS	366	288	805	631	679	572	3.341
Valparaíso	SALUD MENTAL	-	-	99	39	358	180	676
Valparaíso	OTRAS MORBILIDADES	6.399	6.028	10.190	9.053	9.710	9.052	50.432
Metropolitana De Santiago	SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	1.322	894	2.997	2.306	562	501	8.582
Metropolitana De Santiago	OTRAS RESPIRATORIAS	1.950	1.597	3.799	3.129	2.535	2.198	15.208
Metropolitana De Santiago	SALUD MENTAL	-	-	190	126	682	387	1.385
Metropolitana De Santiago	OTRAS MORBILIDADES	28.766	27.631	42.683	38.540	34.023	33.646	205.289
Ñuble	SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	58	39	73	58	12	16	256
Ñuble	OTRAS RESPIRATORIAS	134	138	314	256	220	166	1.228
Ñuble	SALUD MENTAL	-	-	16	9	75	27	127
Ñuble	OTRAS MORBILIDADES	2.386	2.313	4.169	3.748	3.807	3.634	20.057
Biobío	SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	153	77	259	153	85	70	797
Biobío	OTRAS RESPIRATORIAS	184	157	524	386	371	313	1.935
Biobío	SALUD MENTAL	-	-	60	43	227	114	444
Biobío	OTRAS MORBILIDADES	4.798	4.551	7.187	6.517	7.320	7.148	37.521
La Araucanía	SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	61	44	146	120	36	29	436
La Araucanía	OTRAS RESPIRATORIAS	116	125	270	264	209	227	1.211
La Araucanía	SALUD MENTAL	-	-	48	24	112	92	276
La Araucanía	OTRAS MORBILIDADES	3.744	3.677	5.277	4.862	4.986	4.825	27.371
Los Ríos	SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	49	26	166	138	19	21	419
Los Ríos	OTRAS RESPIRATORIAS	95	72	183	158	126	116	750
Los Ríos	SALUD MENTAL	-	-	27	15	49	40	131
Los Ríos	OTRAS MORBILIDADES	1.108	992	1.939	1.673	1.982	2.131	9.825

En resumen y de acuerdo con lo expuesto en el presente capítulo, se puede determinar que existe un constante aumento de requerimientos por parte de las redes de salud locales, para la atención de estos niños y que tendrían opción a ser derivadas a CONIN, razón por la cual, debe existir una coordinación permanente y constante con derivadores de la Red, para evaluar criterios de ingreso y derivación, a objeto de disponer y utilizar los recursos de manera apropiada.

# CAPÍTULO VII

VINCULACIÓN CON EL MEDIO

La Corporación, además de su rol asistencial, genera de manera permanente actividades con la comunidad, ONG, universidades, ministerios, organizaciones internacionales, instituciones públicas y privadas; estas actividades se orientan a la promoción y prevención en salud en materias del quehacer de CONIN; cooperación técnica, desarrollo de proyectos y difusión.

## Campo Clínico:

### La Corporación se ha definido como un Campo Docente Asistencial:

Dentro del marco de la modernización y mejora continua de CONIN, se ha considerado cooperar en actividades Docente Asistencial. Este programa representa una transformación significativa en la intersección entre la formación académica y la experiencia práctica de los estudiantes, siendo un elemento fundamental en el desarrollo de futuros profesionales de la salud. Los beneficios de este proceso formativo son amplios y de gran relevancia tanto para los estudiantes como para la propia institución.

En materias de Cupos a nivel nacional y tipo de alumnos que se reciben, se presenta en el siguiente cuadro:

Nº	Carrera	Cupos Mes
1	Medicina	12
2	Enfermería	45
3	Terapia	13
4	Nutrición	13
5	Fonoaudiología	13
6	Kinesiología	13
<b>Totales</b>		<b>109</b>

El concepto cupo, no está asociado a un alumno en particular; por el cupo rotan distintos alumnos por período, lo que hace que el número efectivo de alumnos sea mayor. Así, el mecanismo y orientación del trabajo en esta materia se define:

### **A) Integración de la Teoría y la Práctica:**

El Campo Clínico en CONIN establece un puente crucial entre la teoría aprendida en las aulas y la aplicación práctica en un entorno clínico real. Los estudiantes tienen la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos, adentrándose en situaciones reales de atención clínica pediátrica. Esta integración fomenta una comprensión más profunda y contextualizada de los conceptos teóricos, preparando a los futuros profesionales para enfrentar los desafíos reales de su campo laboral; como efecto secundario positivo, se mantienen actualizados los equipos clínicos de CONIN.

### **B) Fortalecimiento de Habilidades Clínicas:**

El Campo Clínico brinda a los estudiantes la posibilidad de desarrollar y perfeccionar habilidades clínicas. Desde la evaluación de pacientes hasta la participación en la toma de decisiones clínicas, los participantes tienen la oportunidad de ganar experiencia práctica en la atención directa a los pacientes y sus familias. Esta práctica intensiva bajo la supervisión de profesionales experimentados es esencial para el desarrollo de la destreza clínica y la confianza asistencial.

### **C) Aprendizaje en un Entorno Realista:**

La experiencia en Campo Clínico les permite a los estudiantes familiarizarse con el entorno hospitalario y las dinámicas reales de trabajo en el sector de la salud pediátrica. Desde la interacción con pacientes y sus familias hasta la colaboración con equipos clínicos multidisciplinarios, los estudiantes adquieren una comprensión completa de los desafíos y las oportunidades que enfrentarán en su futuro.

### **D) Contribución a la Recuperación de Pacientes:**

Los estudiantes que participan en Campo Clínico se convierten en actores clave en el proceso de recuperación de los pacientes. Bajo supervisión, tienen la oportunidad de aplicar sus conocimientos para contribuir directamente al bienestar de los pacientes pediátricos. Esta experiencia no solo enriquece su formación profesional, sino que también beneficia a los pacientes al proporcionar una atención adicional y de alta calidad.

### E) Continuidad del Conocimiento Generacional:

CONIN ha sido un protagonista en la formación de nuevos profesionales de la salud a lo largo de los años. Cada experiencia en el Campo Clínico se convierte en un pilar fundamental en la transmisión del conocimiento y mejores prácticas. Los aprendizajes obtenidos de cada generación de estudiantes enriquecen la formación de la siguiente, generando un ciclo continuo de mejora y desarrollo.



## Proyectos:

Con el objeto de fortalecer los pilares de desarrollo, el quehacer clínico, incorporar equipamiento, mejorar infraestructura, digitalización y fortalecer el modelo de atención de CONIN, la Corporación participa constantemente en proyectos de diversa índole (público y privado). La adjudicación de proyectos ha permitido generar recursos destinados a las mejoras y modernizaciones que se ha requerido para alcanzar los estándares que la corporación proyecta.

Así, el área de proyectos abre una nueva arista en el financiamiento de la Corporación; un área autofinanciada que contribuye al quehacer de la Corporación y refuerza las relaciones con el entorno y su imagen hacia el exterior.





### **Entre otros, se presentan actividades de la Corporación:**

- Programa Alimentación Parenteral Santiago.
- Programa de Transferencias Tecnológicas PDT: Acreditación en Salud.
- Actividad Docente Asistencial: Convenio de Campo Clínico con Universidades y CFT para la formación de profesionales en salud.
- Infraestructura: Renovación de Infraestructura en CONIN Temuco.
- Actividad de Payasos de hospital en el centro de CONIN Stgo.
- Difusión presencial en el hospital Carlos Van Buren con Jefes de Pediatría y Neonatología
- Difusión Hospital Base de Osorno con Unidad de Cama y jefes de pediatría. Tema: Convenio, patologías atendidas actualmente en CONIN y derivaciones.
- Participación de Passapalabra CONIN Santiago.
- Visita de embajada de Guatemala a CONIN.
- Saludo protocolar y visita del gobernador regional Oscar Crisostomo a centro CONIN Chillán.
- Saludo protocolar, visita y entrega de obras de reparación de fachada del alcalde de Chillán Camilo Benavente a centro CONIN Chillán.
- Saludo protocolar a SEREMI de bienes nacionales de la región de Ñuble.
- Saludo protocolar a SEREMI de desarrollo social 2021 - 2023 de la región de Ñuble.
- Saludo protocolar y visitas del SEREMI de salud 2021 - 2022 a centro CONIN Chillan
- Visita y retroalimentación de modelo de atención CONIN miembros del rotary club Chillán.
- Visita y retroalimentación de modelo de atención CONIN miembros del club de leones Chillán.
- Acuerdos colaborativos con instituto profesional AIEP de la universidad Andres Bello en beneficio del centro CONIN Chillán.
- Acuerdos colaborativos con instituto profesional INACAP en beneficio del centro CONIN Chillán.

- Programa MINSAL: Apoyo en campaña de invierno – IRA.
- TI: Implementación plataforma tecnológica de aprendizaje para examen EUNACOM.
- Capacitación anual centros CONIN: RCP y primeros auxilios.
- Equipamiento: Remodelación de Infraestructura CONIN Santiago.
- Remodelación de espacios: CONIN Valparaíso.
- Remodelación de espacios: CONIN Chillán.
- Remodelación de espacios: CONIN Valdivia.
- Acuerdos colaborativos con Lic. Ximena Sanhueza Riquelme, Directora de Escuela de
- Nutrición y Dietética de la Universidad del Bio Bio.
- Acuerdos colaborativos con jefa de carrera de fonoaudiología de la Universidad del Bio Bio.
- Acuerdos colaborativos y apadrinamiento de Clínica Andes Salud Chillán.
- Visita y retroalimentación de modelo de atención CONIN a representante de DIDECO Chillán.
- Visita y retroalimentación de modelo de atención CONIN a Coordinadora de SAPU
- Ultraestación Chillán.
- Visita y retroalimentación de modelo de atención CONIN a Coordinador de SAPU Dr. Federica
- Borne Chillan Viejo.
- Acuerdos colaborativos con Dirección de CESFAM Dra. Michel Bachelet Chillan viejo para
- uso de SAR.
- Visita y retroalimentación de modelo de atención CONIN a director DESAMU Chillan
- Visita y retroalimentación de modelo de atención CONIN a director DESAMU San Nicolas
- Recepción de donativos y acuerdos colaborativos con centro de estudiantes de la Universidad
- adventista de Chile.
- Acuerdos colaborativos con encargado de programa vivir sano Chillán.
- Integración del Consejo Regional de la Infancia creado por el gobierno regional y el PNUD.
- Asistencia a sus reuniones y enlace con todas las redes de infancia de la región de Valdivia.
- Asistencia de profesionales del centro de Valdivia a feria de inclusión realizada por la
- Municipalidad de Valdivia.
- Asistencia de personal de Carabineros al centro para demostración canina en CONIN Valdivia.

- Recepción de donativos y retroalimentación de modelo de atención a fiscalía de Ñuble
- Recepción de donativos y retroalimentación de modelo de atención colegio sagrado corazón de Concepción.
- Recepción de donativos y retroalimentación de modelo de atención a Policía de Investigaciones Ñuble.
- Recepción de donativos y retroalimentación de modelo de atención a representantes de iglesia adventista de Chile.
- Recepción de donativos y retroalimentación de modelo de atención a Carabineros de Chile Chillán.
- Recepción de donativos y retroalimentación de modelo de atención a representantes de seguridad ciudadana Chillán.
- Recepción de subvención municipal y retroalimentación de modelo de atención consejo Municipal Coihueco.
- Recepción de subvención municipal y retroalimentación de modelo de atención consejo municipal Chillán.
- Recepción de subvención municipal y retroalimentación de modelo de atención consejo municipal San Nicolás.
- Saludo protocolar y visita del nuevo director de la escuela de medicina de la universidad del Bio Bio Dr. Elias Kassise El Hage.
- Evaluación de convenio campo clínico CONIN - INACAP.
- Evaluación de convenio campo clínico CONIN - Universidad del Bio Bio.
- 1era Jornada científica 40 aniversario CONIN Chillán.
- Fortalecimiento de relación SS Ñuble - CONIN Chillán.
- Visita y retroalimentación de modelo de atención CONIN a representantes de programa Mi Abogado.

- Visita y retroalimentación de modelo de atención CONIN a jefa del servicio de pediatría del Hospital de San Carlos.
- Múltiples entrevistas radiales en medios locales.
- Visita y retroalimentación de modelo de atención a representantes de programa Escuela hospitalaria en el Marco de Seminario Internacional de Escuelas Hospitalarias.
- Visita y retroalimentación de modelo de atención a referente nacional MINSAL de satisfacción usuaria Srta. Ivonne Rebolledo.
- Visita y retroalimentación de modelo de atención a representante de campo clínico Universidad del Alba.
- Visita y retroalimentación de modelo de atención a director de Registro Civil Chillán con puesta en marcha de operativos en terreno en el centro.
- Visita y retroalimentación de modelo de atención a representantes de SODIMAC Chillán.
- Firma de convenio en beneficio de los trabajadores y descuentos para el centro con Liquimax Chillán.
- Operativo oftalmológico para trabajadores del centro CONIN Chillan en patrocinio de Clínica Andes salud Chillán.
- Lukaton con visita del matinal de la autónoma de Temuco en julio 2021, donde se visualizó los pacientes y las necesidades de los mismos, en ese minuto se lograron fondos para la adquisición de calefacción en el centro de Chillán.
- Diciembre de 2021: acudió TVN ARAUCANIA: campaña “una linda navidad para los niños de “ Conin Temuco” donde visitaron el centro y se visualizó el trabajo realizado, además de solicita donaciones de juguetes para los pacientes.
- Diciembre 2022: se realizó actividad de difusión con medios de manera presencial en parque isla cautín, donde contamos con la presencia de universidad mayor, mejor niñez, teletón, Dideco Temuco, con la finalidad de mostrar las actividades realizadas en el centro, además de campos clínicos.

# CAPÍTULO VIII

Plataforma Tecnológica.

## Sistema Integral:

En el contexto de la normativa del manejo de ficha clínica y de acuerdo al sentido de innovación y objetivos de digitalización, CONIN ha dado un paso adelante al implementar nuevas tecnologías que revolucionan la forma en que se gestionan los recursos en la Corporación y que dan soporte al seguimiento del modelo de atención. En este viaje de innovación, CONIN ha introducido la plataforma tecnológica Axio, una herramienta versátil que abarca tres aristas fundamentales: registro clínico, acreditación y capacitación.

Este enfoque hacia la tecnología no solo representa un avance en la eficiencia de los procesos, sino que también establece una base sólida para análisis bioestadístico, la adaptación continua y el crecimiento sostenible.

**Beneficios del Desarrollo de Software y Registro Electrónico en Salud:** El desarrollo de software en el ámbito de la salud ha demostrado ser un cambio paradigmático en la forma en que los centros médicos administran y brindan atención. La introducción de un registro electrónico en salud, como lo es la plataforma Axio, trae consigo una serie de beneficios significativos:

**Eficiencia en la Gestión de Datos:** La transición hacia un registro electrónico permite la rápida captura, almacenamiento y acceso a datos clínicos y administrativos. Esto no solo reduce la carga de trabajo manual, sino que también mejora la precisión y la disponibilidad de la información.

**Seguridad y Privacidad:** Axio implementa medidas de seguridad avanzadas para proteger la confidencialidad de los datos que allí se almacenan. Los registros electrónicos minimizan los riesgos asociados con la pérdida o el acceso no autorizado a la información médica.

**Acceso Remoto y Colaboración:** Los sistemas electrónicos permiten a los profesionales acceder a los registros de pacientes desde ubicaciones remotas, facilitando la colaboración y la toma de decisiones informadas, incluso cuando no se encuentran físicamente en la institución.

**Análisis de Datos:** Los registros electrónicos generan datos estructurados que pueden ser analizados para identificar tendencias, mejorar los protocolos de tratamiento y tomar decisiones basadas en evidencia.

**Agilización de Procesos Clínicos y Administrativos:** El uso de sistemas electrónicos simplifica la programación de citas, la gestión de historias clínicas y la facturación, agilizando tanto los procesos clínicos como los administrativos.

**Adaptación a Nuevas Plataformas:** La necesidad de adaptarse a nuevas plataformas tecnológicas es crucial en un mundo en constante evolución. La plataforma Axio abraza este principio, permitiendo a la corporación mantenerse a la vanguardia en términos de eficiencia, calidad y seguridad. La adaptación proactiva a nuevas tecnologías garantiza que CONIN siga siendo un líder en la atención pediátrica y la formación profesional.

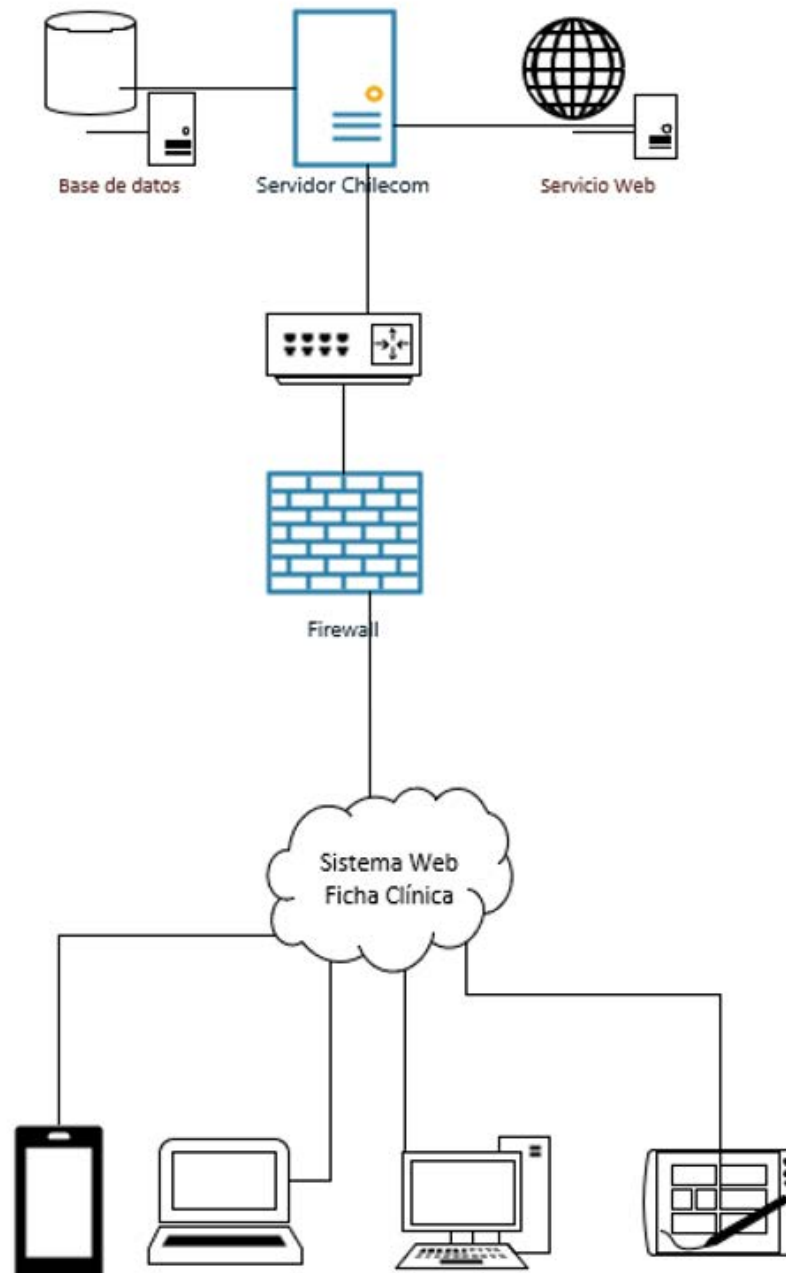
**Mejoras Aplicables a Procesos Clínicos y Administrativos:** La plataforma Axio se convierte en un aliado invaluable tanto en procesos clínicos como administrativos. Desde la gestión de citas y el seguimiento de tratamientos hasta la acreditación de la institución y la formación continua del personal, Axio optimiza los recursos y potencia la calidad del servicio. Además, la integración de la mejora continua en la plataforma asegura que CONIN esté en constante búsqueda de formas de perfeccionar sus prácticas y resultados.

## Seguridad:

Respecto a los aspectos asociados al manejo seguro y confidencial de la ficha clínica, se ha establecido para el modelo de seguridad de datos en operación, lo siguiente:

- Toda la información está en un servidor web virtual.
- El servidor cuenta con su propio servicio web y servidor de base de datos.
- Este está protegido por un firewall antes de llegar a la nube.
- La conexión del servidor esta con un certificado de seguridad SSL
- Sistema Windows server 2012 R2.
- SQL SERVER 2016.
- Acceso al servidor por medio de una contraseña con letras, números y símbolos.
- Aplicativo web con encriptación de claves SHA1.
- Encriptaciones de URL por medio de una clave (no permite enviar nada a mano por URL).

- Sin consultas directas en el aplicativo, todas las consultas son por medio de un sistema llamado EntityFramework las cuales se programan y el servidor las interpreta. Esto sirve para impedir la inyección de consultas SQL.





### **EL SERVIDOR CUENTA CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:**

- Administración por parte del cliente.
- 16 GB RAM.
- 100 GB Espacio en Disco.
- 8 vCPU XEON.
- 1 IP Fija Dedicada.
- 100 Mbps Nacional.
- 10 Mbps Internacional.
- Tráfico Ilimitado.
- Ampliable en Recursos.

### **SEGURIDAD DE DATOS HACKEO:**

- Aplicativo web con encriptación de claves SHA1.
- Encriptaciones de URL por medio de una clave (no permite enviar nada a mano por URL).
- Acceso al servidor por escritorio remoto con una clave con letras, símbolos y números.
- Clave de seguridad en base de datos.
- Respaldo de base de datos, código y archivos.

### **VERSIÓN DE DESARROLLO:**

- Versión 3.0.1.10

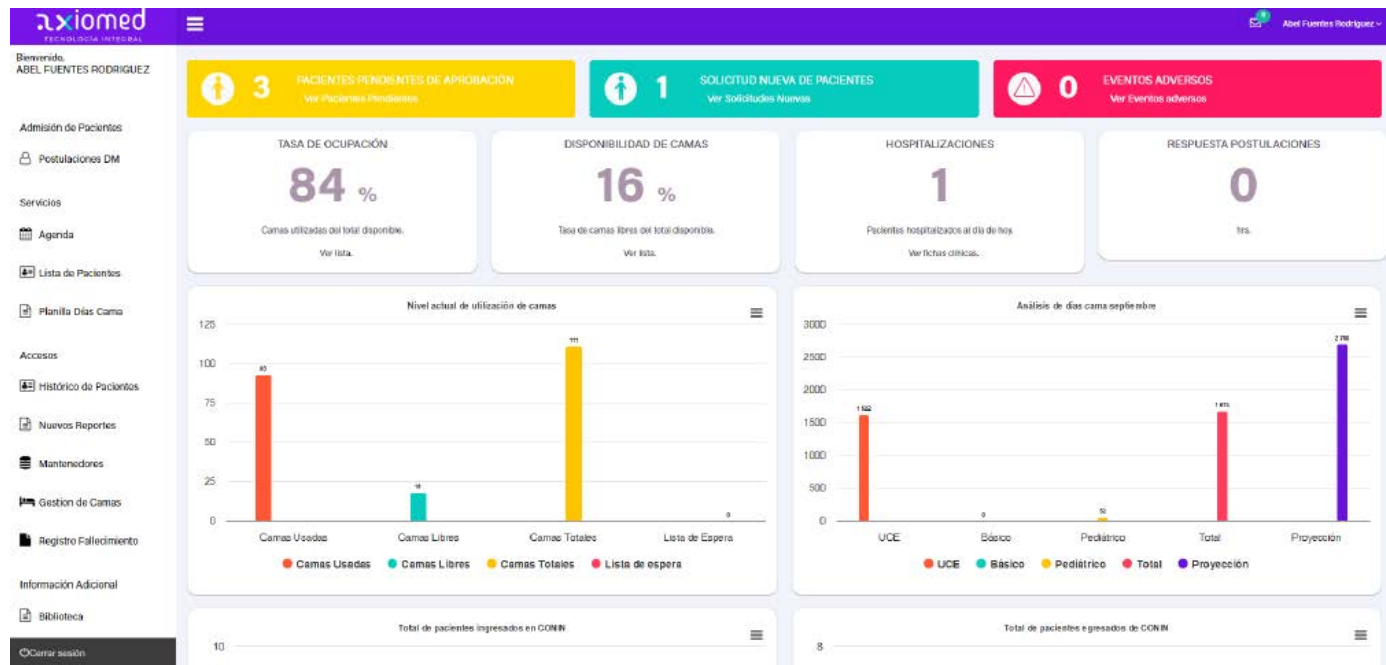
### **DESARROLLADO EN:**

- ASP.NET Framework 4.5
- Alojado en IIS
- Uso de EntityFramework para manejo de base de datos
- SQL Server 2016
- Windows Server 2012 R2.

## RED DE SISTEMAS TECNOLÓGICOS:



## DASHBOARD INICIAL PLATAFORMA DE REGISTRO CLÍNICO ELECTRÓNICO:



## GESTOR DE CONSULTAS PLATAFORMA DE REGISTRO CLÍNICO ELECTRÓNICO::

**Reporte Pacientes Activos**

Seleccione Centro:  Seleccione mes:  Seleccione mes comparación:

**Pacientes Activos**

Mostrar 10 registros

Centro	Periodo	Cantidad
CONIN Chillán	25/09/2023	16
CONIN Santiago	25/09/2023	22
CONIN Temuco	25/09/2023	10
CONIN Valdivia	25/09/2023	16
CONIN Valparaíso	25/09/2023	26

Mostrando 1 a 5 de 8 registros totales

Mostrar 10 registros

Centro	Nombre	Rut	Sexo	Fecha Ingreso
CONIN CHILÁN	AGUSTINA AIDA DUARTE ANAVALDON	2726733-0	Femenino	26/02/2023
CONIN CHILÁN	AGUSTINA ALEJANDRA LABRIN URRIA	26365010-6	Femenino	03/06/2021
CONIN CHILÁN	EDENSON ELOIUS FENELUS MICHEL	27391805-4	Masculino	10/02/2023
CONIN CHILÁN	EMILIANO ANDRÉS SEPULVEDA CERECEDA	26004329-1	Masculino	13/12/2021

## FICHA CLÍNICA:

**AXIOMED** TECNOLOGÍA INTEGRAL

Bienvenido, Abel Fuentes Rodríguez

### Registro Clínico

Registros del Paciente | Plan de Tratamiento | Escalas de Evaluación | Control de Enfermería | Alertas | Resumen

**RESPTER** **MACDEMIS**

**Identificación paciente**

Nombre: CATALINA ALEJANDRA OVARCE ESPINOZA  
 Cédula identidad: 28122029-9  
 Fecha nacimiento: 14/04/2023  
 Fecha ingreso: martes, 4 de julio de 2023  
 Hospitalización: Sin hospitalización  
 Pasa (gr): 0300

Sexo: Femenino  
 Edad: 9 A, 5 M, 7 D  
 Sala: Sala 1  
 Cama: Cama 1  
 Talla (cm): 61

**Indicaciones Médicas**

Tipo	Indicaciones	Creado por	Fecha Creación	Fecha Término	SOS	Prestaciones	Eliminar
Farmacológica	Nitrofurantoina: 10mg VO cada 24h (por las noches)	Andrea Carolina Caballero Medina	miércoles, 6 de septiembre de 2023	lunes, 5 de febrero de 2024	No	Ejecutar	
Terapéutica	Evaluación diaria	Andrea Carolina Caballero Medina	miércoles, 6 de julio de 2023	martes, 30 de enero de 2024	No	Ejecutar	
Terapéutica	Evaluación diaria	Andrea Carolina Caballero Medina	miércoles, 5 de julio de 2023	martes, 30 de enero de 2024	No	Ejecutar	
Farmacológica	Usotaki: 40mg cada 12hrs	Andrea Carolina Caballero Medina	miércoles, 6 de julio de 2023	martes, 30 de enero de 2024	No	Ejecutar	

**Evaluación**

Evolution | Asistente Social | Psicología | Evaluación Educativa | Videogramas | Categorización

Seleccione Tipo de Prestación: -Seleccione-  
 Seleccione Prestación: -Seleccione-

**Enviar Evolución** **Hospitalizar** **Alta Médica** **Ver lista/Exportar PDF**

## PLATAFORMA DE ACREDITACIÓN

**AXIOMED** MEJORA CONTINUA EN SALUD

CONIN CHILLAN | ABEL

### Unidad de Calidad | Proceso de Gestión Clínico - Administrativo

**Norma 58 |**  
 Autorización Sanitaria  
 Informe Norma 58

**Pautas de evaluación |**  
 Proceso de medición  
 Autoevaluación  
 Evaluación Usuario  
 Gestión de conocimiento

**Mejora continua |**  
 Planes de Mejora

**Registros de apoyo |**  
 RRHH  
 Equipos  
 Instalaciones  
 Área Jurídica

**Medidores |**

**Mantenedores |**

Aprobación procesos clínicos: 0 %

Aprobación obligatoria: 0 %

Aprobación no obligatoria: 0 %

Nombre:

E-Mail:

Asunto:

Mensaje:

**Enviar** **Borrar**

# CAPÍTULO XI

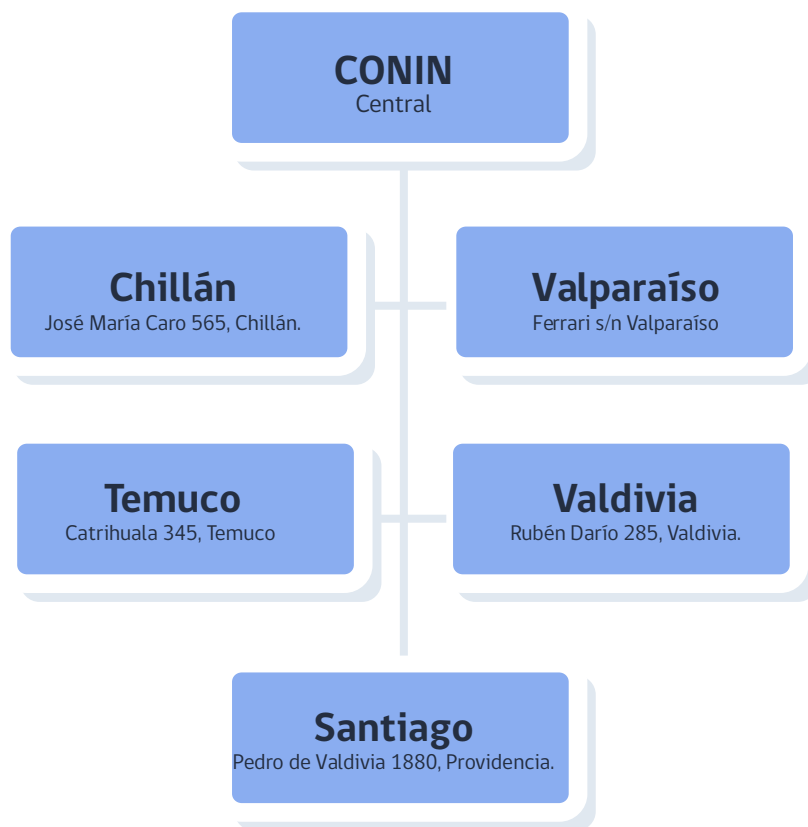
Modelo de Gestión.

## Modelo de Gestión:

A lo largo de los años, CONIN ha implementado un sistema de gestión clínico-administrativo con un enfoque y metodología diseñados para lograr objetivos relacionados con la calidad de la atención, la eficiencia operativa, el desarrollo del personal y la satisfacción de los pacientes.

En línea con esta visión, la estructura organizacional de CONIN se caracteriza por ser matricial. Esto significa que desde la Dirección Central de la Corporación se establecen normativas, se planifica y se supervisa la labor de las estructuras organizativas de todos los centros CONIN de manera transversal.

De esta manera, la gestión de la Dirección Central de CONIN considera la orientación a los centros, considerando, entre otros, los siguientes lineamientos:



- Atención centrada en el paciente y sus características individuales.
- Enfoque en la prevención, el diagnóstico y la gestión de las enfermedades.
- Comunicación abierta entre equipo clínico, la toma de decisiones compartidas.
- Coordinación de la atención entre los diferentes niveles de atención de las redes de salud y sociales.
- Medición de resultados, identificación, corrección de problemas y la participación activa de todo el equipo en la mejora de los procesos y pautas.
- Utilización de la evidencia científica para guiar las decisiones clínicas.
- Prestación de servicios de atención médica a distancia, utilizando la telemedicina y tecnologías de la información.
- Gestión de costos para garantizar la eficiencia y la sustentabilidad de la atención.
- Gestión de abastecimiento, mantención y soporte operativo en función de los casos clínicos existentes.
- Gestión en el desarrollo del personal.
- Gestión de alianzas con stakeholders.
- Estrategias en el diseño e implementación en el manejo de tecnologías de información para la práctica clínica y administrativa.
- Viculación con el medio.
- Generación de proyectos con enfoque en beneficios participativos.
- Aporte en la formación académicas de alumnos.
- Resguardo del marco Jurídico y normativo en el quehacer general de la Corporación.



El trabajo se establece desde la dirección central, a través de procedimientos, pautas, capacitaciones y seguimiento de indicadores en materias clínicas, operativas, financieras y jurídico sociales.

A través de estos procedimientos, los que se actualizan de manera constante, se establece el desarrollo tecnológico que la Corporación utiliza.



## Indicadores de productividad:

Con el fin de medir el rendimiento y eficiencia de la gestión clínica y la aplicación del modelo de Gestión, CONIN verifica la calidad de atención en función de indicadores por área. Estos permiten evaluar y monitorizar el desempeño de la Corporación con el fin de cuantificar y analizar aspectos como la calidad de la atención, la eficiencia operativa, la seguridad del paciente y la utilización de recursos, obteniendo los siguientes beneficios:

- **Mejora de la Calidad de la Atención:** Los indicadores de gestión clínica permiten identificar áreas de mejora en la atención médica, lo que lleva a la implementación de prácticas y protocolos más efectivos para garantizar una atención de mayor calidad y seguridad para los pacientes.
- **Optimización de Recursos:** Estos indicadores ayudan a utilizar los recursos de manera más eficiente al identificar áreas de subutilización o sobrecarga. Esto puede incluir la gestión adecuada de personal, camas, equipos y suministros.
- **Toma de Decisiones Informadas:** Los datos basados en indicadores proporcionan a los administradores clínicos y líderes de salud información precisa y oportuna para tomar decisiones informadas. Esto puede incluir decisiones relacionadas con la asignación de presupuestos, la expansión de servicios o la adopción de nuevas tecnologías.
- **Seguimiento de Objetivos y Metas:** Los indicadores permiten establecer objetivos y metas específicas y medibles para la mejora continua de la atención médica. El seguimiento constante de estos indicadores ayuda a garantizar que se estén logrando los resultados deseados.
- **Identificación de Problemas de Seguridad del Paciente:** Algunos indicadores están diseñados para identificar problemas de seguridad del paciente, como tasas de infección o eventos adversos. Esto permite tomar medidas preventivas para reducir riesgos.
- **Evaluación de la Eficiencia Operativa:** Los indicadores de gestión clínica pueden ayudar a identificar procesos ineficientes o cuellos de botella en la atención médica, lo que a su vez conduce a una operación más eficiente y rentable.

- **Mejora de la Satisfacción del Paciente:** Al evaluar indicadores relacionados con la satisfacción del paciente, como tiempos de espera y comunicación, se pueden tomar medidas para mejorar la experiencia general del paciente y su satisfacción.
- **Cumplimiento Regulatorio:** El monitoreo de indicadores asegura que la institución cumpla con los requisitos regulatorios y las normativas vigentes, lo que evita sanciones y garantiza la calidad y seguridad de la atención.

## Indicadores:

### Tasa de ocupación de camas:

**Definición:** La tasa de ocupación de camas es un indicador que mide el porcentaje de camas ocupadas en relación con el número total de camas disponibles en CONIN en un período de tiempo específico.

**Fórmula:**  $(\text{Número de Camas Ocupadas} / \text{Número Total de Camas}) * 100$

**Aplicación en la Productividad:** Esta métrica ayuda a los administradores hospitalarios a optimizar la utilización de recursos al tener una idea clara de cuántas camas están siendo utilizadas en comparación con las disponibles. Puede contribuir a la gestión de la capacidad y a la asignación de recursos adecuada.

### Tasa de disponibilidad de camas:

**Definición:** La tasa de disponibilidad de cama mide el porcentaje de camas disponibles en CONIN en un período de tiempo específico.

**Fórmula:**  $(\text{Número de Camas Disponibles} / \text{Número Total de Camas}) * 100$

**Aplicación en la Productividad:** Esta métrica indica la capacidad del hospital para recibir nuevos pacientes. Una alta tasa de disponibilidad de camas puede ser beneficiosa para la respuesta a emergencias y la gestión de admisiones.

### Rotación de pacientes:

**Definición:** La rotación de pacientes es el número promedio de pacientes atendidos en una cama durante un período determinado, lo que indica la velocidad con la que las camas se llenan y se desocupan.

**Fórmula:** (Número de Pacientes Atendidos / Número Total de Camas) \* Tiempo (por ejemplo, en días)

**Aplicación en la Productividad:** Una alta rotación de pacientes puede indicar una gestión eficiente de camas y recursos, lo que a su vez puede aumentar la productividad y la capacidad de atención del hospital.

### Tiempo de respuesta de postulación:

**Definición:** El tiempo de respuesta de postulación mide el tiempo que transcurre desde que se realiza una postulación de atención hasta que recibe una respuesta o es admitido en el Centro correspondiente.

**Fórmula:** Tiempo Transcurrido desde la Postulación hasta la Respuesta.

**Aplicación en la Productividad:** Una respuesta rápida a las solicitudes de atención puede mejorar la satisfacción del paciente y garantizar que los casos de emergencia reciban atención oportuna, lo que puede ser crucial en situaciones críticas.

### Indicador de productividad:

**Definición:** El indicador de productividad es una métrica que evalúa la eficiencia general de CONIN en términos de recursos utilizados en relación con los resultados alcanzados, como el número de pacientes atendidos, la calidad de la atención, etc. Puede ser una métrica compuesta que considere varios factores.

**Fórmula:** Horario disponible de atención v/s registro de sesiones de 20 minutos.

**Aplicación en la Productividad:** Este indicador ofrece una visión general de la eficiencia operativa y puede ayudar a la administración a tomar decisiones estratégicas para mejorar la productividad y la calidad de la atención.

# CAPÍTULO X

Anexos.

## **Anexo 1: Modelo de Atención CONIN.**

El quehacer clínico desarrollado por CONIN, se integra de forma armónica a la red de salud, tomando en cuenta las necesidades biopsicosociales y afectivas de niños y niñas; la atención de cada paciente, considera una combinación de factores clínicos, biológicos, psicológicos, afectivos, cognitivos y socio ambientales. Es fundamental este enfoque del equipo clínico para la recuperación de los niños que ingresan a CONIN.

Las atenciones clínicas en CONIN son brindadas por un equipo multidisciplinario, cautelando que el tratamiento y rehabilitación del paciente sea integral, pudiendo mejorar su calidad de vida, adecuada reinserción familiar e integración social. La dotación del equipo clínico, basado en el ordinario 2110, pudiendo variar dependiendo de las patologías que los pacientes presenten.

La atención brindada a cada niño o niña es diaria, individualizada y basada en un plan de tratamiento establecido desde su ingreso, considerando, morbilidades agudas o crónicas e interurrencias; en este plan, los miembros del equipo clínico incluyen objetivos específicos y plazos de evaluación.

El paciente, durante su hospitalización en CONIN, recibe el tratamiento para patología de base y adyacentes; es atendido durante las 24 horas y es continuamente rehabilitado por todo el equipo clínico. Periodicamente, el equipo clínico se reúne para evaluar los objetivos propuestos y evaluar el alta del paciente. En el proceso de atención, se incluye a familias/cuidadores, con el objetivo de inducirlos/capacitarlos en el tratamiento y así velar por una continuidad en la atención domiciliaria.

Si se cumplen los objetivos clínicos y es considerado el egreso, el área socioafectiva, realiza la preparación de familias o cuidadores para, entre otros, continuar la estimulación, desarrollar el apego, desarrollo de resiliencia y la educación respecto los tratamientos y cuidados clínicos en el hogar.

Si el o la paciente no presenta mejoras con el plan de trabajo inicial, se replantea la estrategia de atención y se formulan nuevos objetivos en un ciclo de mejora continua. El alta Clínica, es fundamental y prioritaria.

Posterior al alta, se hace seguimiento clínico en CONIN o en visita domiciliaria para resguardar el cuidado del paciente, en donde se evalúa la labor de cuidado. Este modelo de atención, es monitorizado y normado desde la Dirección Central de la Corporación.



## Objetivo:

Otorgar prestaciones de salud que favorezcan el desarrollo armónico e integral de NNA que se encuentran en CONIN. Dando respuesta a sus necesidades, ya sean clínicas, cognitivas, psicomotoras y psicosociales a pacientes que requieren de hospitalización asociadas a patologías crónicas, de larga estadía, o pacientes que no dispongan de las condiciones idóneas para una correcta atención en domicilio.

## Patologías Asociadas:

Las patologías atendidas en CONIN, en primera instancia corresponden a las asociadas con desnutrición secundaria, sus comorbilidades, enfermedades crónicas, enfermedades poco frecuentes, causas externas (alta vulnerabilidad social) y factores que incluyen en el estado de la salud y secuelas asociadas a la prematuridad.

Así, las bases de atención incluyen:

- Sistema respiratorio.
- Alteraciones congénitas.
- Neoplasias insumo inmunopatológicas.
- Nutricionales metabólico endocrino.
- Mentales y desarrollo.
- Nervioso.
- Cardiovascular.
- Ojo y anexos; déficit visual, malformaciones de ojos y párpados.
- Digestivos.
- Piel y tejidos subcutáneo.
- Musculoesquelético.
- Genitourinario.
- Alteraciones del periodo perinatal.
- Congénitos y cromosopatías.

## Patologías:

Broncopulmonar crónica: SBOR, asma, displasia broncopulmonar, fibrosis quística.

Infecciones respiratorias altas y bajas moderadas que no requieren oxigenoterapia de alto flujo

Patologías de base respiratoria o de origen central dependientes de oxígeno de bajo flujo; oxígeno dependiente/requerente.

Desnutrición secundaria a enfermedad crónica

Neurológicas: epilepsias focales y refractarias, parálisis cerebral infantil, hidrocefalia, microcefalia, secuelas de infecciones del sistema nervioso central, malformaciones cerebrales.

Metabólicas-endocrinas: fenilcetonuria, enfermedades del metabolismo de los carbohidratos o grasas, déficits enzimáticos, enfermedades de depósito, insuficiencia suprarrenal.

Cardiopatías congénitas complejas y sus secuelas postquirúrgicas

Alteraciones genéticas como síndrome de Down, trisomía 18, síndrome de Di George, síndrome de Haddad.

Malformaciones renales y litiasis

Alergia a la proteína de la leche de vaca o alergias alimentarias múltiples, síndrome de intestino corto, síndrome de malabsorción, enfermedad celíaca, enfermedad por reflujo gastroesofágico

Fracturas estabilizadas para rehabilitación, afectación de articulaciones, malformación de extremidades, osteogénesis imperfecta en todos sus grados



Malformaciones congénitas con afectación de uno o varios sistemas: labio paladar hendido, displasia septoótica, síndrome alcohólico fetal malformativo, artrogriposis, síndrome de Goldenhar.

Síndrome de abstinencia de drogas psicoactivas, secuelas de consumo de THC y/o otras drogas, síndrome de abstinencia al alcohol.

Asistencia a pacientes con ventilación mecánica invasiva y no invasiva

Asistencia a pacientes con importante reducción de la movilidad

Asistencia a pacientes con ostomías: gastrostomía, traqueostomías, colostomías, ileostomías.

Asistencia a pacientes con sonda nasogástrica o vesical.

## **Anexo 2:**

### **Tipos de Cama:**

CONIN, es un establecimiento de atención cerrada, destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos y reinserción de pacientes pediátricos con requerimientos de atención de larga estadía. En su ámbito de competencias, entrega prestaciones clínicas que el director de servicio de salud respectivo indique.

En este contexto, CONIN debe adaptarse y ser flexible en su estructura, orientando sus prestaciones en el tiempo en relación a las características de la red asistencial en la que están insertos y definiéndose según el tipo de actividades, niveles de complejidad y especialidades.

Así, considerando lo indicado en la Norma Técnica N°0150, los centros de CONIN, son centros de Mediana Complejidad, con camas de tipos de cuidado básico, medio e intermedio.

El nivel de especialización del recurso humano, cuenta con la especialidad de Pediatría, apoyo de subespecialidades, enfermería, tens y equipo terapéutico registrado en la super intendencia de salud.

El cuidado de este grupo requiere de un equipo especializado y multidisciplinario para atender necesidades complejas, de fragilidad médica, con limitaciones funcionales permanentes o temporales, con necesidades de hospitalización por sus patologías crónicas, comorbilidades, agudización de estas y patologías agudas temporales; requieren necesidades de monitoreo en categoría mayor o de forma transitoria.

A su vez, son pacientes que requieren etapas de preparación pre operatorias y post operatorias lo cual se hace posible dado las cercanías con los hospitales de las diferentes ciudades en la que esta presente CONIN.

**a) Cama básica: (cuidados básicos):** Paciente sin requerimientos clínicos, pero que no puede ser cuidado por sus padres por motivos sociales complejos, derivados de tribunales o con enfermedad temporal o en espera de resolución judicial.

**b) Cama pediátrica: (Cuidados medios);** Pacientes con cuidados pediátricos que requieran atención, producto de su patología de base y otras adyacentes, como, por ejemplo, alteración de la ingesta alimentaria que requiere cuidados de enfermería, intervención nutricional, kinésica y fonoaudiológica frecuente. Estudio de cuadros medianamente complejos, tratamientos de mayor costo, seguimiento clínico, evaluación de intervenciones terapéuticas, de difícil implementación, sin riesgo vital y estables. Evaluación de intervenciones terapéuticas con mal resultado o difícil implementación. Usuarios de sondas enterales, oxígeno bajo flujo, hidratación enteral, monitorización no invasiva o que necesite aislamientos transitorios.

**c) Cama de cuidados especiales: (cuidados intermedios);** Para pacientes que requieren, entre otros, mayor grado de estudios, monitorización y manejo de enfermería permanente, atención de pacientes con apoyo ventilatorio, usuarios de cvc, pacientes crónicos que ameritan monitoreo continuo de todo el equipo clínico, con vigilancia y manejo de enfermería permanente, además de rehabilitación intensiva por parte de equipo multidisciplinario. Usuarios de ventilación mecánica invasiva y no invasiva, más de tres diagnósticos, dependientes de oxígeno, con limitación funcional severa, pacientes pediátricos con tratamientos activos, con ostomías, medicación estrictamente controlada, etc. Con alteración de la ingesta alimentaria alteración de la ingesta alimentaria que requiere cuidados de enfermería, medica, intervención nutricional, kinésica y fonoaudiológica y emocional frecuente.

## Características Cama Integral:

Los pacientes que ingresan a CONIN, reciben atención de hospitalización las 24 horas del día de acuerdo a sus requerimientos, según lo establecido de manera inicial por el centro de atención derivador.

Pacientes que se internan por las 24 horas del día, según requerimiento de su centro de atención derivador, desde un centro hospitalario o por "hospitalización de tránsito". Los ingresos de pacientes a CONIN, son evaluados previamente por la Oficina Técnica Central, Dirección del Centro y Unidad de Gestión de Camas considerando, entre otros, la capacidad de infraestructura, disponibilidad de recurso humano y equipamiento médico de cada centro, siguiendo el protocolo de ingreso establecido para tal fin.

## Servicios:

- Unidad del paciente, con catre clínico o cuna de acuerdo a requerimiento del paciente, ropa de cama, equipamiento conforme al requerimiento del paciente, útiles e insumos de uso personal.
- Alimentación acorde a las necesidades del paciente, de acuerdo a evaluación nutricional; sin perder el acceso a los programas estatales.
- La atención de pacientes con necesidad de alimentación parenteral, excluye la provisión de insumos y formulas de alimentación requeridas para suministrar el servicio.
- Atención de profesionales de la salud de acuerdo a los requerimientos del paciente, visita diaria de medico tratante, atención de enfermería las 24 horas del día.
- Prestaciones de enfermería de acuerdo a requerimiento del paciente e indicación medica tales como: Administración de medicamentos en vías inhalatorias, parenterales y enterales, manejo de accesos venosos, oxigenoterapia, manejo de sondas de alimentación, manejo de ostomías, cateterismo urinario intermitente y permanente, manejo de cistostomías, sondas rectales, manejo de ventilación mecánica domiciliaria o portatil y paciente traqueostomizado.

- Clínica de medicamentos de uso frecuente y los requeridos para la atención de interurrencias o patologías agudas.
- Atención por parte del equipo multidisciplinario de acuerdo al modelo de atención institucional en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral de salud en morbilidades agudas o crónicas.
- Atención nutricional, evaluación, monitoreo y plan de alimentación diario, conforme a etapa del ciclo vital y patologías .
- Atención al paciente y su familia por trabajadora social para apoyo, orientación y coordinación en diagnóstico, intervención y evaluación en el ámbito social.
- Atención por educadora de párvulos para diagnóstico e intervención en el desarrollo psicomotor.
- Gestión diaria del cuidado del paciente, monitorización hemodinámica de acuerdo a requerimiento, realización de procedimientos de enfermería.
- Atención por equipo de rehabilitación conformado por Kinesiólogo, terapeuta ocupacional y fonoaudiólogo; en donde se potencian actividades para la rehabilitación motora, manejo de patologías respiratorias agudas o crónicas, recuperación para las actividades de la vida diaria; trastornos de la deglución, lenguaje y comunicación.
- Intervención por psicólogo (a) clínico en atención psicosocial integral del paciente y su entorno.
- Educación en salud a padres o tutores para el alta en temáticas atinentes a las patologías y cuidados que requiere el paciente; y posterior seguimiento luego del alta.
- Gestión y traslado de pacientes a interconsultas de especialidades en sus hospitales de base.
- Gestión de egreso social del paciente, acompañamiento por trabajador(a) social posterior al egreso, seguimiento post alta.

## Procedimiento de Ingreso:

En el modelo actual de atención es el Hospital, consultorio u otras instituciones, quienes derivan a CONIN previa autorización de la documentación por el Servicio de Salud correspondiente el formulario C1 (boletín de ingreso y egreso) con el visto bueno del Servicio de Salud. Los pacientes recibirán atención integral; la alta clínica se da para su domicilio, o alguna institución como Mejor Niñez, unidades de Adopción, Familias de Acogida, Programas Especiales y otros.

- La Unidad de gestión de camas central de CONIN, recibe la solicitud de ingreso, por parte de una unidad clínica de origen (Hospital, Consultorios, CESFAM, tribunales o privado).
- Se evalúa epicrisis e informe social por Dirección Clínica de la oficina técnica central y se deriva a dirección médica del centro CONIN respectivo.
- La dirección médica acepta o rechaza la solicitud y notifica a UGCC quien coordina con unidad de origen el ingreso del paciente al Centro
- Posteriormente la UGCC categoriza al paciente junto a Oficina Técnica y asigna un cupo según corresponda a calidad de cama.
- Si no hay cupo se deja la solicitud en lista de espera.

## Criterios de Ingreso:

### Aspectos General:

- Paciente inscrito en registro civil y con situación previsional resuelta.  
Condición clínica estable últimas dos semanas.
- Padres de acuerdo con traslado (con consentimiento informado firmado) o medida de protección judicial.
- Informe psicosocial del Hospital de base.  
Estudio de enterococo multirresistente (hisopado rectal) realizado en los 7 días  
- previo al traslado.
- Estudio de Clostridium Difficile (hisopado rectal) realizado en los 7 días previo al  
- traslado.
- Estudio viral respiratorio tomado en período epidémico.

### Criterios Generales de Inclusión:

- Paciente con enfermedad que amerite cuidados clínicos especiales o etapa de recuperación nutricional con invasivos como: gastrostomía, sonda Foley, entre otros.
- Condición clínica y requerimiento de oxígeno estable durante las últimas 48 hrs.
- Requerimiento de oxígeno menor a FiO2 0.30
- Pacientes que requieran terapia farmacológica endovenosa por más de 5 días.
- Pacientes con trastornos psicoafectivos compensados, que refieran atención frecuente o rehabilitación para incorporación en AVD.
- Pacientes con trastornos de la ingesta alimentaria.

## Asistencia Ventilatoria No Invasiva – AVNI, Crónicos:

### Criterios de Inclusión:

Paciente con insuficiencia respiratoria crónica y/o síndrome de hipoventilación nocturna secundario a enfermedad neuromuscular, cifoescoliosis severa, síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS) y/o Enfermedad Pulmonar Crónica (ej.: Bronquiolitis obliterante, DBP, Fibrosis quística que cumplan los siguientes requisitos: Condición clínica y parámetros ventilatorios estables durante las últimas dos semanas).

- Requerimientos de O<sub>2</sub> con FiO<sub>2</sub> inferior a 0.35, IPAP menor a 18cm H<sub>2</sub>O y EPAP menor a 8cm H<sub>2</sub>O.
- Necesidad de soporte ventilatorio nocturno o menor a 12 horas diarias.
- Gases arteriales sin acidosis respiratoria ni exceso de base mayor a +4 durante las últimas dos semanas.
- Usuario de sonda nasogástrica o gastrostomía. Trastorno de deglución que puede tratarse en el centro.
- Cardiopatías complejas resueltas o en tratamiento sin descompensación hemodinámica.

### Criterios de exclusión:

- Necesidad de soporte ventilatorio por más de 12 horas diarias.
- Cardiopatía congénita no resuelta, compleja o con descompensación hemodinámica.
- Inmunodeficiencia o Inmunosupresión diagnosticadas y que requieran aislamiento.
- Requerimiento de O<sub>2</sub> con FiO<sub>2</sub> Mayor a 0.35, IPAP mayor a 18cm H<sub>2</sub>O y EPAP mayor a 8 cm H<sub>2</sub>O
- Gases arteriales con retención de CO<sub>2</sub> o aumento de bicarbonato.



## Asistencia Ventilatoria Invasiva – AVI, por traqueostomía:

### Criterios de Inclusión:

Paciente con insuficiencia respiratoria crónica secundaria a trastornos de la generación y/o conducción del ritmo respiratorio (ej.: Sd. hipoventilación central) y/o alteraciones de la caja torácica (ej. Cifoescoliosis severa, Atrofia muscular espinal, Distrofias musculares) y/o alteraciones dinámicas de la vía aérea inferior (ej.: traqueomalacia, broncomalacia) y/o enfermedad parenquimatosa pulmonar crónica (ej.: DBP, BO), que requieran soporte ventilatorio crónico.

- Condición clínica y parámetros ventilatorios estables durante las últimas dos semanas.
- Estabilidad hemodinámica, sin requerimientos de drogas vasoactivas
- Requerimientos de O<sub>2</sub> con FiO<sub>2</sub> inferior a 0.35, PIM menor a 25cm H<sub>2</sub>O y PEEP menor a 10cm H<sub>2</sub>O
- Vía aérea estable: Traqueostomía madura (más de 30 días y primer cambio de cánula por otorrinolaringólogo), estable.
- Gases arteriales sin acidosis respiratoria ni exceso de base mayor a +4 durante las últimas dos semanas
- Trastorno de deglución resuelto (gastrostomía, con cirugía antirreflujo gastroesofágico si procede)
- Catéter venoso central.

### Criterios de exclusión:

- Cardiopatía congénita no resuelta o compleja o con compromiso hemodinámico.
- Inmunodeficiencia o Inmunosupresión diagnosticadas y que requieran aislamiento.
- Traqueostomía con granuloma o fibrosis.
- Trastorno de deglución refractario a tratamientos o cirugía.
- Alimentación Parenteral.



## Traqueostomizados:

### Criterios de Inclusión:

- Paciente portador de traqueostomía sin necesidad de asistencia ventilatoria, y/o portador de gastrostomía.
- Condición clínica y requerimiento de oxígeno estable durante las últimas dos semanas
- Requerimiento de oxígeno menor a FiO2 0.30

### Criterios de exclusión:

- Gases arteriales con retención de CO2 o aumento de bicarbonato
- Inmunodeficiencia o Inmunosupresión diagnosticadas y que requieran aislamiento.

**Nota 1:** Además, se consideran UCE/intermedios a aquellos pacientes con patología pediátrica compleja que requiera mayores cuidados de enfermería y atenciones de rehabilitación frecuentes: ostomías, administración de medicamentos psicotrópicos por trastornos de conducta y patología psiquiátrica, epilepsia refractaria a tratamiento, recién nacidos prematuros o a término que se encuentren en estudio por patologías prenatales, tetraplejía, síndrome hipotónico severo, alergias alimentarias severas.

**Nota 2:** En el caso de pacientes traqueostomizados, o requirentes de asistencia ventilatoria que no cumplan con criterios de ingreso a programa AVI/AVNI, será el Servicio de Salud correspondiente, el encargado de proveer insumos para cubrir canasta de acuerdo a estándar MNSAL.

## Dotación de RRHH por centro.

De acuerdo con lo indicado por normativas, los siguientes cuadros muestran los equipos clínicos presentes por centro:

PEDRO DE VALDIVIA (24 camas)						
ESTAMENTO		CAMAS DE CUIDADOS MEDIOS				
Prestación		22hrs	28hrs	45hrs	4to turno	Otro
Ordinario 2110	Medico Continuidad	1		1		
	Medico residente					
	Profesional de continuidad (EU Gestion)			1		
	Profesional clinico (EU)				4	
	Kinesiologos		1	1		
	TENS				16	
	TENS Diurno			3		
	Auxiliar de servicio (Aseo)	1		2		
Personal adicional	Medico Director					33 hrs
	Coordinador Administrativo			1		
	Terapeuta Ocupacional			1		
	Fonoaudiologo			1		
	Asistente Social			1		
	Educadora de Parvulos			1		
	Nutricionista			1		
	Psicologo					
	Psicopedagoga					
	Cocina/sedile			1	4	2 <sup>o*</sup>
	Lavanderia			1		
	Chofer			1		
<b>Observaciones:</b> <sup>o*</sup> 4to turno modificado.						

		VALPARAISO (24 camas)				
ESTAMENTO		CAMAS DE CUIDADOS MEDIOS				
Prestación		22hrs	28hrs	45hrs	4to turno	Otro
Ordinario 2110	Medico Continuidad	1				
	Medico Residente					
	Profesional Continuidad (EU Gestión)			1		
	Profesional clinico (EU)				4	
	Kinesiologo			1		10 hrs
	TENS				20	
	TENS Diurno			2		
	Auxiliar de servicio Aseo			1		
Personal adicional	Medico Director			1		
	Coordinador Administrativo			1		
	Terapeuta Ocupacional			1		
	Fonoaudiologo			1		
	Asistente Social			1		
	Educadora de Parvulos			1		
	Nutricionista			1		
	Psicologo					
	Psicopedagoga					
	Cocina/sedile			5°		
	Lavanderia			1		
	Chofer			1		
Observaciones: °continuo de lunes a domingo						

		CHILLÁN (20 camas)				
ESTAMENTO		CAMAS DE CUIDADOS MEDIOS				
Prestación		22hrs	28hrs	45hrs	4to turno	Otro
Ordinario 2110	Medico Continuidad					30 hrs
	Medico Residente					
	Profesional Continuidad (EU Gestión)			1		
	Profesional clinico (EU)				4	
	Kinesiologo			2		
	TENS				16	
	TENS Diurno			2		
	Auxiliar de servicio Aseo			2		16 hrs
Personal adicional	Medico Director			1		
	Coordinador administrativo			2		
	Enfermera Continuidad			1		
	Terapeuta Ocupacional			1		
	Fonoaudiologo			1		
	Asistente Social			1		
	Educadora de Parvulos	1				
	Nutricionista					30 hrs
	Psicologo	1				
	Psicopedagoga					
	Cocina/sedile			4°*		
	Lavanderia			2		
	Chofer			1		
Observaciones: °*Continuo de lunes a domingo						

		TEMUCO (16 camas)					
		ESTAMENTO	CAMAS DE CUIDADOS MEDIOS				
		Prestación	22hrs	28hrs	45hrs	4to turno	Otro
Ordinario 2110	Medico Continuidad						
	Medico Residente						
	Profesional Continuidad (EU Gestión)				1		
	Profesional clinico (EU)					4	
	Kinesiólogo	1			1		14 hrs
	TENS					16	
	TENS Diurno				2		
	Auxiliar de servicio Aseo				2***		
Personal adicional	Medico Director				1		
	Coordinador administrativo				1		
	Enfermera Continuidad				1		
	Terapeuta Ocupacional				1		
	Fonoaudiólogo				1		
	Asistente Social				1		
	Educadora de Parvulos				1		
	Nutricionista				1		
	Psicólogo	1					
	Psicopedagoga				1		
	Cocina/sedile				4***		
	Lavanderia				1		
	Chofer				1		
Observaciones: , ***continuo de lunes a domingo.							

		VALDIVIA (15 camas)				
ESTAMENTO		CAMAS DE CUIDADOS MEDIOS				
Prestación		22hrs	28hrs	45hrs	4to turno	Otro
Ordinario 2110	Medico Continuidad	1				
	Medico Residente					
	Profesional Continuidad (EU Gestión)			1		
	Profesional clinico (EU)				4	
	Kinesiólogo	1		1		4 hrs
	TENS				12	
	TENS Diurno			3		
	Auxiliar de servicio Aseo			2		
Personal adicional	Medico Director			1		
	Director administrativo			1		
	Coordinador administrativo			1		
	Terapeuta Ocupacional			1		
	Fonoaudiologo			1		
	Asistente Social			1		
	Educadora de Parvulos	1				
	Nutricionista			1		
	Psicologo					
	Psicopedagoga					
	Cocina/sedile					5***
	Lavanderia			3		
	Chofer			1		
Observaciones: ***4to turno modificado						



## Funciones dentro del equipo:

El rol desempeñado por cada miembro del equipo, se presenta a continuación:

### Dirección Médica:

- Recibe la solicitud de ingreso de parte de la Unidad de gestión de camas centralizada y acepta o rechaza el ingreso. Si lo rechaza debe enviar los motivos a UGCC y OOTT central.
- 
- Aceptado el paciente, presenta el caso al equipo para que estén en conocimiento.
- Posteriormente la UGCC notifica fecha y hora de ingreso.

Dispone y/o realiza el ingreso médico del paciente (historia clínica, examen físico, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, exámenes de ingreso, genera indicaciones a otros profesionales o IC a especialidades)

Se evalúa plan de atención inicial de los demás profesionales del centro a los 7 días de ingreso del paciente.

Supervisa el trabajo del equipo técnico en visita médica.

Realiza reuniones clínicas semanales para evaluar evolución de casos y tomar decisiones sobre tratamientos y decidir altas en conjunto al resto del equipo.

Supervisa que al alta del paciente este reciba toda la documentación de egreso (epicrisis médica, nutrición, informe de desarrollo psicomotor, indicaciones de enfermería y otros).

Es responsable de las prórrogas de estadía de los niños (debe revisarlas) no obstante puede delegar la función, pero no la responsabilidad, a los médicos tratantes.

Es el responsable de la atención de salud otorgada por su equipo al paciente durante toda su estadía.

## Enfermería de Gestión:

### Al ingreso:

- Recibe notificación del ingreso por parte del médico director, condiciones del paciente, día y hora de ingreso para planificar lo necesario para su recepción (tipo de cama, medicamentos y equipos).
- Recibe al paciente y verifica la documentación.
- Supervisa evaluación de su estado general, examen físico y antropometría.
- Supervisa emisión de ficha clínica en la que consigna los datos del paciente.
- Supervisa implementación de hoja de curva la completa con los datos antropométricos.
- Supervisa ingreso de enfermería (según formato).
- Confecciona hoja de enfermería con las indicaciones médicas, nutricionales y entrega al paciente a enfermera clínica para elaborar plan de cuidado de enfermería.
- Supervisa que paciente cuente con brazalete de identificación y/o alergias.
- Orienta a la madre, padre o figura de apego en el servicio.
- Posteriormente ingresa al paciente en libro de ingreso de pacientes, en censo, en planilla día cama y estadística (REM).
- Supervisión a las TENS y enfermeras clínicas diariamente (con los registros correspondientes).
- Informa oportunamente a médico tratante de descompensación del paciente o examen de resultado crítico.
- Capacita a madre, padre o figura de apego en relación a técnicas necesarias para dar continuidad en la atención del paciente mientras este permanece hospitalizado.

**Al Alta:**

- Entrega documentación de alta: indicaciones médicas y de enfermería, además de radiografías y documentos aportados por los padres o tutores al ingreso, carné de vacunas, medicamentos, entre otros.
- Capacita a padres o tutores en cuidados específicos de enfermería.
- Egresas al paciente en libro de altas, planilla días camas, egresos hospitalarios (REM) y lo saca del censo.

### **Enfermería Clínica:**

- Recibe al paciente.
- Evalúa su estado general, realiza examen físico y antropometría.
- Consigna en ficha clínica los datos del paciente.
- Realiza hoja de curva la completa con los datos antropométricos.
- Realiza ingreso de enfermería.
- Elabora plan de cuidado de enfermería.
- Identifica al paciente con brazaletes de identificación en muñeca o tobillo verificando datos.
- Dispone la cuna y sala donde quedara hospitalizado tomando en cuenta las necesidades del paciente.
- Orienta a la madre, padre o figuras de apego en el servicio
- Deja a la madre o quien está a cargo del niño, en manos de la nutricionista.
- Supervisión a las TENS (con los registros correspondientes).
- Informa oportunamente a médico tratante de descompensación del paciente o examen de resultado crítico.
- Capacita a padres o tutores en relación a técnicas necesarias para dar continuidad en la atención del paciente mientras este permanece hospitalizado.
- Entrega cuidados enforcados en la personara para asegurar continuidad de atención clínica de calidad.

## Nutricionista:

### Al ingreso:

- Con los datos antropométricos proporcionados por la enfermera evalúa estado nutricional del paciente.
- Hace ingreso nutricional (historia nutricional) junto a la madre, padre o figura de apego en epicrisis o formulario dispuesto para tal efecto que quedara en ficha clínica después de ingreso médico.
- Según patología y condición de salud del momento, y tomando en cuenta sus antecedentes indica, junto al médico tratante la alimentación, vía, frecuencia.
- La evaluación y las indicaciones de alimentación quedan registradas en la hoja de curva del paciente.
- Termina entrevista con madre, padre o figura de apego y es derivada al médico tratante.

### Durante el tratamiento:

- Evalúa al paciente mensualmente con nueva antropometría: Queda registrada en hoja de curva (parámetros en hoja de curva y evaluación de P/Em P/T o T/E en curva según corresponda).
- Supervisa diariamente evolución nutricional e ingesta, deposiciones o diuresis y modificar indicaciones.
- Reevalúa y asegura micronutrientes cada vez que se producen cambios de fórmula en calidad y cantidad (queda registrada en hoja de curva con timbre).
- Trabaja coordinadamente con el resto del equipo para decidir cambio.
- Informar a la oficina técnica los estados nutricionales de todos los pacientes de manera bimensual.

### **Al Alta:**

- Realiza epicrisis nutricional al alta del paciente.
- Da indicaciones y educa a padres o tutores en preparación e higiene de los alimentos.
- Entrega informe nutricional.

### **Médico Tratante:**

#### **Al ingreso:**

- Realiza examen físico en sala.
- Entrevista a madre, padre o figura de apego sobre el "Consentimiento informado para hospitalización en CONIN". A medida que corresponda y las medidas de protección lo permitan, se da a conocer el documento para explicar a madre, padre o figura de apego, para que lo firme. Este documento es parte de la ficha clínica del paciente.
- Posteriormente, registra en ficha clínica examen físico, anamnesis próxima y remota, diagnósticos actuales, plan de tratamiento y pronóstico con reevaluación a los 7 días.
- Da indicaciones médicas al equipo de enfermería.  
Entrega órdenes de exámenes de ingreso (rutina: hemograma, perfil bioquímico, orina, parasitológico. Si es un paciente crónico respiratorio.
- Genera IC a otros profesionales u especialidades según el caso.
- Refiere a la madre, padre o figura de apego.

**Durante el Tratamiento:**

- Pasa visita diariamente y registra en ficha clínica.
- En cada reunión clínica se proponen cambios en relación a estudio y evolución del paciente.
- Trabaja coordinadamente con el resto del equipo para decidir cambios.
- Evalúa al paciente por sistemas, se comunica con inter consultores de hospital si es necesario, revisa evolución y emite nuevos diagnósticos y planes de tratamiento hasta terminar estudio.
- Si la evolución del paciente es deficiente, reevaluará con exámenes, si corresponde para la toma de decisiones posteriormente.
- Si el paciente requiere derivación a un centro asistencial de mayor complejidad debe llevar el formulario de derivación según protocolo, donde indique tratamiento y evolución de las últimas 24 horas.
- Mantiene resumen medico actualizado cada 2 meses en la ficha clínica del paciente.
- Presenta a su paciente a reunión clínica al ingreso, durante su evolución y cuando esté en condiciones de alta médica (decisión de equipo).

**Durante el Tratamiento:**

- Realiza epicrisis de alta actualizada. (Incluye anamnesis próxima, remota, evolución por sistemas, diagnósticos, tratamientos e indicaciones).
- Entrega informe la madre, padre o figura de apego al alta del paciente, da indicaciones y aclara dudas.

## Asistente Social:

### Al ingreso:

- Entrevista a la madre, padre o figura de apego del paciente abriendo ficha social (registra en ficha).
- Da a conocer en reglamento interno de CONIN y da una copia (registra en ficha).
- Entrega a la madre, padre o figura de apego el tríptico con los derechos y deberes de los pacientes, se los explica y entrega folleto (registra en ficha).
- Da indicaciones a madre, padre o figura de apego en relación a visitas entregando credencial para ingreso a CONIN y aclara dudas.
- Lleva a los padres o tutores a la sala donde quedo el niño hospitalizado.
- Entrevista a la madre, padre o figura de apego del paciente abriendo ficha social (registra en ficha).
- Da a conocer en reglamento interno de CONIN y da una copia (registra en ficha).
- Entrega a la madre, padre o figura de apego el tríptico con los derechos y deberes de los pacientes, se los explica y entrega folleto (registra en ficha).
- Da indicaciones a madre, padre o figura de apego en relación a visitas entregando credencial para ingreso a CONIN y aclara dudas.
- Lleva a los padres o tutores a la sala donde quedó el niño hospitalizado.



**Durante el tratamiento:**

- Planifica y realiza visita domiciliaria (dentro de las dos semanas posteriores al ingreso).
- Emite informe de visita domiciliaria (registra en ficha un resumen).
- Realiza plan de intervención familiar si se requiere.
- Informa en reunión clínica condición social y plan de intervención para toma de decisiones.
- Registra en ficha las fechas de las audiencias y tramites solicitados por tribunales para la próxima audiencia (resumido, sin detalles).
- Coordina acciones con redes asistenciales de apoyo al paciente, previo al alta.
- Da a conocer al equipo en reunión clínica la condición de alta social.

**Al Alta:**

- Prepara ajuar para el paciente y donación de enseres domésticos que necesite la familia.
- Entrega a los padres o tutores las conexiones con las redes de apoyo comprometidas para dar continuidad a la atención.
- Solicita a la madre firma de acta que confirma recibo de la documentación de alta completa y que se entrega el niño en perfectas condiciones.

## **Educación Parvularia:**

### **Al ingreso:**

- Recibe al paciente y entrevista a la madre sobre sus hábitos (sueño, entretención, gustos, emociones, entre otros).
- Realiza contención del paciente y de los padres.
- Reúne los artículos necesarios para la contención del paciente y los lleva a la sala. (elementos de estimulación).
- Observa la relación de apego entre los padres/o madre o tutores y el paciente.

### **Durante el Tratamiento:**

- Planifica y realiza un plan de estimulación para la sala y uno para educadora.
- Realiza primera evaluación de desarrollo psicomotor con TEPSI o EEDP (copia en ficha) 3ª semana posterior el ingreso.
- Registra indicaciones de estimulación en ficha y lleva registro diario en formato mensual.
- Mantiene evaluaciones actualizadas cada 2 meses en ficha.
- Realiza plan de estimulación psicomotora (trabajo en sala de estimulación por educadora) registro resumido de plan de intervención en ficha.
- Trabaja coordinadamente con el resto del equipo especialmente kinesióloga, fonoaudióloga y TO.
- Si la madre o tutor está presente en la recuperación del paciente la integra a la capacitación de estimulación psicomotora afianzando apego.

### Al Alta:

- Realiza informe de desarrollo psicomotor de alta (por áreas de desarrollo), con las indicaciones de estimulación correspondientes (una copia se deja en la ficha).
- Si el paciente ha realizado trabajos como parte de su entrenamiento se entregan a sus padres o tutores.
- En el momento del alta se entrevista con los padres o tutores e informa el desarrollo actual y el modo de estimular en casa. Se entrega informe de alta.



## **Kinesiología:**

### **Al ingreso:**

- Visita al paciente y toma conocimiento de sus patologías y crea un plan de tratamiento motor y respiratorio, según sea el caso.
- Interviene con tratamiento kinésico a solicitud médica.
- Los pacientes asignados por patología respiratoria los evaluará a diario o las veces que corresponda hasta la remisión del cuadro y registra en ficha clínica.
- Los pacientes asignados por patología neurológica o déficit de desarrollo psicomotor los tratará en coordinación con educadora de párvulos, TO y registrará planificación y evolución en ficha clínica.
- Apoyo clínico en toma de exámenes y otros (IFI virales, cultivos traqueales).
- Capacita a los padres o tutores de los pacientes que requieren estimulación motora especial, durante la hospitalización del paciente.

### **Al Alta:**

- Según el paciente, si requiere instrucciones de esta profesional al alta emitirá un informe y entregará indicaciones a padres o tutores.

### **Fonoaudiología:**

- Evalúa al paciente a solicitud del médico o según observación. (registro en ficha)
- Emite un diagnóstico fonoaudiológico y plan de intervención.
- Trabaja con el paciente según plan trazado y evoluciona las sesiones en la ficha clínica.
- Trabaja coordinadamente con el resto del equipo, educadora, nutricionista, T O
- Emite informe al final de plan de trabajo.
- Capacita al personal en técnicas alimentarias según necesidad
- Educa a padres o tutores en estimulación oral y técnicas alimentarias en niños con trastornos de deglución.
- Educa a los padres o tutores, para estimulación de lenguaje.
- Emite informe de alta.

### **Terapia Ocupacional:**

- Evalúa al paciente a solicitud del medico
- Emite un diagnóstico de terapia ocupacional y planifica la intervención.
- Ejecuta las actividades según plan trazado y evolucionan sesiones en la ficha.
- Trabaja coordinadamente con el resto del equipo especialmente Educadora y kinesiólogo.
- Informa por escrito las observaciones y prescripciones.

Todos los profesionales deben asistir a las reuniones clínicas realizadas semanalmente dirigidas por la Dirección Médica. En ellas se evalúa al paciente en forma integral y se decide el plan de tratamiento según evolución, tomando en cuenta la opinión de cada uno de los miembros del equipo.



## Anexo 3:

### **Categorización de Pacientes:**

En el caso particular de CONIN el paciente que ingresa para tratamiento o evaluación diagnóstica, debe ser categorizado en un nivel de complejidad basado en sus antecedentes clínicos, categorización riesgo dependencia y tipo de cama, a objeto de disponer de los recursos necesarios para la ejecución del o los planes de tratamiento necesarios para la atención del paciente. En términos generales, a mayor nivel de complejidad, mayor es el nivel de requerimiento, en monitoreo del personal clínico, uso de equipamiento, insumos y soporte clínico general.

Con los antecedentes de la unidad clínica derivadora, se determinan las necesidades en el momento de ingreso, las que pueden cambiar durante la estadía clínica del paciente. Los cambios se pueden dar por la complejidad en los tratamientos de las patologías crónicas, agudización de éstas, aparición de una nueva condición o necesidad de atender alguna patología aguda durante su estadía.

Finalmente es importante recordar que no son las camas “básicas” o “complejas”, sino las personas usuarias las que requieren de diversas intensidades de cuidados en forma dinámica y es la organización que debe adaptarse para prestar eficaz y eficientemente dicho nivel de cuidados y no al revés.

### **Antecedentes para determinar la categorización:**

- Historia clínica, diagnósticos, tratamientos y alimentación en curso, situación social.
- Evaluación técnica de Oficina técnica
- Control planillas días-cama de DGC CONIN
- ORD 2110: Documento de estándares y recomendaciones de cama según niveles de cuidados. No tiene un carácter normativo.



## Análisis comparativo CUDYR – Categorización CONIN.

Se elabora informe por medio de análisis comparativo entre escalas de categorización de riesgo dependencia (CUDYR) y categorización institucional de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN) realizada por Oficina técnica (OOTT), considerando el universo total de pacientes hospitalizados a la fecha de hoy con un N° 97 pacientes.

Este análisis de datos es retrospectivo, contemplando el trimestre cursado entre los meses abril, mayo y junio 2023, del cual se obtienen los siguientes resultados:

**Tabla N°1 Categorización OOTT CONIN.**

<b>Centro</b>	<b>PEDIATRICO</b>	<b>UCE</b>	<b>General</b>
Chillán		19	19
Santiago	1	21	22
Temuco		15	15
Valdivia	1	14	15
Valparaiso		24	24
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>93</b>	<b>95</b>

**Tabla N°2 Categorización CUDYR:**

<b>Centro</b>	<b>A1</b>	<b>B1</b>	<b>B2</b>	<b>C1</b>	<b>D1</b>	<b>D2</b>	<b>General</b>
Chillán		9		8	2		19
Santiago		3		17	2		22
Temuco	1	8	1	4	1		15
Valdivia		3	1	9	1	1	15
Valparaiso				24			24
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>62</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>95</b>

De la tabla N°1, se logra abstraer que un 97,8% de nuestros usuarios corresponden a categoría interna UCE, esto quiere decir, pacientes que requieren de mayor grado de estudios clínicos, monitorización y manejo de enfermería permanente, uso de sondas de alimentación, requirentes de diversos tipos de cuidados con supervisión exhaustiva en base a su nivel de dependencia. Son pacientes con patologías de manejo crónico que ameritan monitoreo continuo de todo el equipo clínico, con vigilancia y manejo de enfermería permanente, además de rehabilitación intensiva; usuarios de ventilación mecánica invasiva y no invasiva, dependientes de oxígeno, con limitación funcional severa, pacientes pediátricos con tratamientos activos, medicación estrictamente controlada, que necesitan de terapias interdisciplinarias para mejorar y controlar alteración de la ingesta alimentaria, rehabilitación kinésica, KTR, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicólogo y educadora de párvulos para potenciar sus habilidades de manera frecuente, con estudio de cuadros medianamente complejos asociados a tratamientos de mayor costo.

El 2.2% de pacientes con cuidados pediátricos, son usuarios que requieren atención, producto de su patología de base y otras adyacentes, como, por ejemplo, seguimiento clínico, evaluación de intervenciones terapéuticas, sin riesgo vital y estables.

Al correlacionar nuestra escala de categorización con CUDYR (Tabla N°2), considerando el grado de dependencia, se observa que 98,9% de nuestros pacientes cumplen con criterios de dependencia total, independiente de su edad o estadio del desarrollo, puesto que sus condiciones clínicas requieren de alta demanda de cuidados universales preseleccionados en esta escala, tales como:

- Confort
- Alimentación
- Eliminación
- Vigilancia
- Contención, entre otros.

Del 1.1% de pacientes restantes, que corresponde a un usuario, éste posee un nivel de autosuficiencia parcial, asociado a un menor requerimiento de cuidados terapéuticos y procedimientos de enfermería.

A continuación, se presenta el detalle de los pacientes CONIN, con su respectiva categorización CUDYR e interna. Se presentan sólo las iniciales de los pacientes, para resguardar su identidad.

**Tabla N° 3 Universo total pacientes CONIN.**

<b>CENTRO</b>	<b>PACIENTE</b>	<b>CUDYR</b>	<b>RIESGO</b>	<b>Dependencia</b>	<b>OOTT</b>
Santiago	L.D.O	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	V.N.G.S.T	B1	Alto	Total	UCE
Santiago	A.N.P.Q	B1	Alto	Total	UCE
Santiago	C.S.S	B1	Alto	Total	UCE
Santiago	E.A.C.C	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	M.I.P.O	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	B.F.J.C	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	A.B.C.C	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	M.E.V.L	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	N.A.S.V	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	I.B.G	C1	Bajo	Total	UCE
Santiago	J.G.M	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	I.A.O.M	D1	Bajo	Total	PEDIATRICO
Santiago	L.A.C.C	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	S.A.V.T	D1	Bajo	Total	UCE
Santiago	A.E.G.T	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	E.D.B	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	M.I.F.P	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	A.I.R.G	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	J.B.A	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	M.A.T.B.T	C1	Mediano	Total	UCE
Santiago	C.A.O.E	C1	Mediano	Total	UCE

<b>CENTRO</b>	<b>PACIENTE</b>	<b>CUDYR</b>	<b>RIESGO</b>	<b>Dependencia</b>	<b>OOTT</b>
Valparaiso	S.T.G	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	W.A.B.H	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	P.A.E.E	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	M.I.C.R	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	C.N.G.O	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	A.H.D	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	J.M.G	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	S.A.C.F	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	A.J.C.O	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	M.I.C.C	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	M.A.G.O	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	M.B.G.G	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	M.Z.R.M	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	Z.R.M	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	A.J.A.A	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	V.A.S.P	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	E.A.F.R	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	R.R.D.L	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	P.E.Z.M	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	M.M.M	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	V.M.J.P	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	D.M.C	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	H.R.C.C	C1	Mediano	Total	UCE
Valparaiso	D.C.C	C1	Mediano	Total	UCE

<b>CENTRO</b>	<b>PACIENTE</b>	<b>CUDYR</b>	<b>RIESGO</b>	<b>Dependencia</b>	<b>OOTT</b>
Chillán	P.A.F.B.	B1	Alto	Total	UCE
Chillán	E.A.S.C	B1	Alto	Total	UCE
Chillán	S.A.E.H	B1	Alto	Total	UCE
Chillán	M.A.R	B1	Alto	Total	UCE
Chillán	M.E.S.M	B1	Alto	Total	UCE
Chillán	J.P.M.B	B1	Alto	Total	UCE
Chillán	I.Y.B.Q	B1	Alto	Total	UCE
Chillán	E.E.F.M	B1	Alto	Total	UCE
Chillán	V.M.J.J.R	C1	Mediano	Total	UCE
Chillán	S.L.O.P	C1	Mediano	Total	UCE
Chillán	M.D.J.L.F	B1	Alto	Total	UCE
Chillán	A.A.L.U	C1	Mediano	Total	UCE
Chillán	A.A.V.P	C1	Mediano	Total	UCE
Chillán	L.A.D.A	D1	Bajo	Total	UCE
Chillán	A.A.D.A	D1	Bajo	Total	UCE
Chillán	M.A.N.M	C1	Mediano	Total	UCE
Chillán	A.R.O	C1	Mediano	Total	UCE
Chillán	A.P.H.A	C1	Mediano	Total	UCE
Chillán	B.T.R.G	C1	Mediano	Total	UCE

<b>CENTRO</b>	<b>PACIENTE</b>	<b>CUDYR</b>	<b>RIESGO</b>	<b>Dependencia</b>	<b>OOTT</b>
Temuco	M.S.P.C	B1	Alto	Total	UCE
Temuco	H.E.G.A	B2	Alto	Parcial	UCE
Temuco	S.E.C.M	C1	Mediano	Total	UCE
Temuco	C.I.P.L	B1	Alto	Total	UCE
Temuco	M.C.C.L	B1	Alto	Total	UCE
Temuco	W.F.G	A1	Máximo	Total	UCE
Temuco	G.A.M.V	B1	Alto	Total	UCE
Temuco	V.I.M.C	B1	Alto	Total	UCE
Temuco	F.A.P.P	C1	Mediano	Total	UCE
Temuco	D.S.C.C	C1	Mediano	Total	UCE
Temuco	M.I.L.S	D1	Mediano	Total	UCE
Temuco	G.N.U.P	B1	Alto	Total	UCE
Temuco	M.G.A	B1	Alto	Total	UCE
Temuco	C.A.L.H	C1	Mediano	Total	UCE
Temuco	T.C.G.A	B1	Alto	Total	UCE

<b>CENTRO</b>	<b>PACIENTE</b>	<b>CUDYR</b>	<b>RIESGO</b>	<b>Dependencia</b>	<b>OOTT</b>
Valdivia	E.N.S.V	B1	Alto	Total	UCE
Valdivia	A.R.E	C1	Mediano	Total	UCE
Valdivia	M.I.G.F	B1	Alto	Total	UCE
Valdivia	B.E.C.A	C1	Mediano	Total	UCE
Valdivia	J.C.S.S	C1	Mediano	Total	UCE
Valdivia	J.M.G.R	D1	Bajo	Total	UCE
Valdivia	V.D.S.P	B1	Alto	Total	UCE
Valdivia	F.P.P.P	C1	Mediano	Total	UCE
Valdivia	B.I.J.V	C1	Mediano	Total	UCE
Valdivia	E.A.V.G	C1	Mediano	Total	UCE
Valdivia	W.E.G.L	B2	Alto	Parcial	UCE
Valdivia	M.P.S.M	C1	Mediano	Total	UCE
Valdivia	L.E.P.P	C1	Mediano	Total	UCE
Valdivia	C.A.C.S	C1	Mediano	Total	UCE
Valdivia	J.A.M.S	D2	Bajo	Parcial	PEDIATRICO

## Anexo 4: **CONIN en Regiones:**

### **Valdivia:**

**Demanda de consultas:** Población objetivo de la región de Los Ríos y región de Los Lagos: todos los menores de 15 años con diagnósticos que impliquen condiciones clínicas de alta demanda para la red de salud y de sus familias.

- **Población menor de 15 años Los Ríos:** 77.260
- **Prevalencia de enfermedad neuromuscular:** 1/1214 personas.
- **Población rural 28%**, siendo de las más altas del país lo que implica menor accesos a centros de salud de mayor complejidad y rehabilitación
- **Población NANEAS de ambas regiones:** 3112 niños menores de 9 años (incluye prematuros).

### **CONIN Valdivia:**

- **Número de camas:** 15 plazas.
- **Rango etáreo:** 0 a 12 años.
- **Tipo cama:** 1 básica, 2 pediátricas, 12 UCE



## Chillán:

**Demanda de consultas:** Población objetivo de las regiones: Maule, Ñuble, Bío Bío: todos los menores de 15 años con diagnósticos que impliquen condiciones clínicas de alta demanda para la red de salud y de sus familias.

- **Población menor de 15 años Maule:** 220.685
- **Población menor de 15 años Ñuble:** 96.088
- **Población menor de 15 años Bío Bío:** 319.215.
- **Prevalencia de parálisis cerebral en el país:** 1-2 /1000 nacidos vivos.
- **Prevalencia de enfermedad neuromuscular** 1/1214 personas
- **Población rural 30%**, siendo de las más altas del país lo que implica menor accesos a centros de salud de mayor complejidad y rehabilitación.
- **Población NANEAS de las tres regiones:** 9733 niños menores de 9 años (incluye prematuros)

## CONIN Chillán:

- **Número de camas:** 19 plazas.
- **Rango etáreo:** 0 a 16 años.
- **Tipo cama:** 2 básica, 2 pediátricas, 14 UCE





## Temuco:

Población objetivo de las región de la Araucanía: todos los menores de 15 años con diagnósticos que impliquen condiciones clínicas de alta demanda para la red de salud y de sus familias.

- **Población menor de 15 años Araucanía:** 203.544
- **Prevalencia de parálisis cerebral en el país:** 1-2 /1000 nacidos vivos
- **Prevalencia de enfermedad neuromuscular** 1/1214 personas.
- **Población rural 31%**, siendo la más alta y compleja del país lo que implica menor accesos a centros de salud de mayor complejidad y rehabilitación.
- **Población NANEAS de la región:** 3591 niños menores de 9 años (incluye prematuros).

## CONIN Temuco:

- **Número de camas:** 15 plazas.
- **Rango etáreo:** 0 a 16 años.
- **Tipo cama:** 1 básica, 1 pediátricas, 13 UCE.



## Santiago:

Población objetivo de la región Metropolitana de Santiago: todos los menores de 15 años con diagnósticos que impliquen condiciones clínicas de alta demanda para la red de salud y de sus familias.

- **Población menor de 15 años Metropolitana de Santiago:** 1.489.319
- **Prevalencia de parálisis cerebral en el país:** 1-2 /1000 nacidos vivos.
- **Prevalencia de enfermedad neuromuscular** 1/1214 personas.
- **Población urbana 96,3% de la región de Valparaíso**, siendo la más alta y compleja del país lo que implica mayor consumo de drogas, alcohol y prevalencia de embarazo adolescente o no controlado. Además, mayor presencia de enfermedades poco frecuentes con centros especializados de diagnóstico.
- **Población NANEAS de la zona Metropolitana de Santiago:** 7.512 niños menores de 9 años (incluye prematuros).

## CONIN Santiago:

- **Número de camas:** 24 plazas.
- **Rango etáreo:** 0 a 4 años.
- **Tipo cama:** 5 básica, 8 pediátricas, 11 UCE.



## Valparaíso:

**Población objetivo de las regiones Valparaíso y Coquimbo:** todos los menores de 15 años con diagnósticos que impliquen condiciones clínicas de alta demanda para la red de salud y de sus familias.

- **Población menor de 15 años Coquimbo:** 54.056
- **Población menor de 15 años región Valparaíso:** 360014.
- **Prevalencia de parálisis cerebral en el país:** 1-2 /1000 nacidos vivos.
- **Prevalencia de enfermedad neuromuscular** 1/1214 personas.
- **Población urbana 91% de la región de Valparaíso**, siendo la más alta y compleja del país lo que implica mayor consumo de drogas, alcohol y prevalencia de embarazo adolescente o no controlado.
- **Población NANEAS de la región de Valparaíso:** 4279 niños menores de 9 años (incluye prematuros).

## CONIN Valparaíso:

- **Número de camas:** 24 plazas.
- **Rango etáreo:** 0 a 4 años.
- **Tipo cama:** 2 básica, 2 pediátricas, 20 UCE.



## Anexo 5: **Historia de Centros a Nivel Nacional:**

### **CONIN SANTIAGO:**

El primero de los centros, se inaugura el 18 de Julio de 1975. Actualmente posee una capacidad de atención para 24 menores, de 0 a 6 años, con patologías crónicas asociadas a desnutrición secundaria, trastornos metabólicos, respiratorios y que pertenecen a un sector de vulnerabilidad social, quienes son derivados desde diferentes centros asistenciales de salud de la región.

CONIN Santiago atiende una variedad de patologías de diversa complejidad y periodo de hospitalización, que son supervisadas por un equipo multidisciplinario que vela día a día por satisfacer las necesidades biopsicosociales de los pequeños, en un ambiente armónico y de aprendizaje.

### **CONIN TEMUCO:**

Abre sus puertas en el año 1978 en la ciudad de Temuco, enfocada en la atención de la población más vulnerable de la región; estabilizando, tratando y recuperando la salud nutricional de niños y niñas de 0 a 4º años de edad, que presentan enfermedades nutricionales tales como, desnutrición primaria o secundaria. Actualmente cuenta con una capacidad móvil de 15 cupos enfocados en atención de menores entre 0 a 16 años, con diversas patologías crónicas, graves, malformaciones congénitas, enfermedades respiratorias, cardiopatías, metabólicas, NANEAS, poli malformaciones congénitas, enfermedades raras, parálisis cerebral y usuarios requirentes/dependientes de apoyo ventilatorio por VMI/VMNI, entre otras.

### **CONIN CHILLÁN:**

Ha atendido de forma integral a más de 5.000 pacientes en un área que engloba a más de 32 comunas dentro de la región, siendo un importante apoyo a la red de Salud Pública en la atención de pacientes crónicos en situación vulnerable, cuyas patologías impiden un correcto desarrollo motor y cognitivo. Actualmente cuenta con una capacidad móvil de 20 usuarios, de 0 a 16 años, con diversas patologías crónicas compensadas, NANEAS, malformaciones congénitas, enfermedades poco frecuentes, parálisis cerebral y usuarios requirentes/dependientes de apoyo ventilatorio por VMI/VMNI, entre otras.

### **CONIN VALPARAÍSO:**

Recibe niños y niñas derivados, de acuerdo al convenio CONIN - MINSAL, desde hospitales y consultorios de salud familiar de la región. Se trata de niños/as de entre 0 a 4 años con diversos problemas asociados a patologías crónicas y/o nutrición, cuyas familias evidencian características de pertenencia a sectores de alta vulnerabilidad social, lo que determina que en la mayoría de los casos se encuentren vulnerados sus derechos y se encuentren con medida de protección judicial en Tribunales de Familia. Los diagnósticos más frecuentes son: recién nacidos con diagnósticos asociados uso de drogas y/o estupefacientes en madre y/o enfermedades de transmisión vertical. Posee una capacidad actual de atención de 24 menores, la cual por varios años ha permanecido completa y en algunas oportunidades con sobre número de camas, respondiendo a demandas sanitarias.

### **CONIN VALDIVIA:**

Abre sus puertas en el año 1982. Actualmente acoge con una capacidad móvil a un promedio de 16 pacientes entre 0 a 12 años, con diversas patologías crónicas compensadas, enfermedades respiratorias, cardiopatías, metabólicas, NANEAS, malformaciones congénitas, enfermedades raras, parálisis cerebral y usuarios requirentes/dependientes de apoyo ventilatorio por VMI/VMNI, entre otras. Este centro clínico se suma al modelo de atención integral que CONIN busca entregar a sus pacientes, ofreciendo no solo los cuidados clínicos comprometidos, sino que además se preocupa de trabajar en conjunto a las familias con el fin de educar y prevenir en la salud de los más pequeños.

Cabe destacar que a pesar que los centros se encuentren con atenciones diferenciadas asociadas al contexto sanitario de cada región y postulaciones asociadas, todos deben contar con la capacidad de dar cumplimiento íntegro y completo a lo indicado en convenio de prestaciones vigente celebrado entre CONIN-FONASA y los Servicios de Salud.

Anexo 6:

## Opiniones de la Red:

### **Jefe Servicio de Pediatría Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.**

Es importante compartir con todos el tremendo apoyo que siempre le ha brindado CONIN a los Servicios y Unidades Pediátricas de nuestro Hospital, aquí en Temuco. CONIN, nos ha permitido dar continuidad a la atención de pacientes con necesidades especiales de atención y a aquellos que requieren de atención médica complejizada que, de no contar con CONIN, estarían Hospitalizados en Unidades de cuidados intermedios o cuidados medios.

Es importante también señalar que en muchas ocasiones se han hecho cargo de pacientes que, por motivos socio sanitarios o judiciales deben mantenerse Hospitalizados hasta que su situación se regularice, y también en estos casos CONIN nos ha extendido su mano para colaborarnos en el cuidado de estos niños.

Sin lugar a dudas la labor que ustedes realizan es de vital importancia para nuestro Hospital y esperamos se mantenga en el tiempo.

Saludos Cordiales



**Rossana Villalobos C.**

Médico Pediatra

**Jefe CCRR Médico Pediátrico**

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena

email: [rossana.villalobos@redsalud.gob.cl](mailto:rossana.villalobos@redsalud.gob.cl)

Fono: 45-2 558713 | Anexo 458713 |

## **JEFA DE PEDIATRÍA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.**

El apoyo de los centros CONIN a la recuperación de nuestros niños es fundamental. Se trata de niños pequeños habitualmente con múltiples patologías, la mayoría de las veces con trastornos de succión deglución y desnutrición secundaria, con condiciones sociales desfavorables que impiden el alta a domicilio, y que de no poder ser trasladados a un centro de rehabilitación como Conin, tendrían que quedarse hospitalizados por períodos muy prolongados. Varios de nuestros pacientes son aceptados y rehabilitados año a año en CONIN.

La labor que realizan es de gran importancia y confiamos que se mantenga en el tiempo. Saludos cordiales

**Dra. María del Pilar Hevia Juricic**

**Jefa Servicio de Pediatría**

Hospital San Juan de Dios

225742032 - 242032



## **JEFE SERVICIO PEDIATRÍA. HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE**

Como Servicio clínico Pediátrico, CONIN, nos ha colaborado permanente en dar continuidad a pacientes de Baja y Mediana complejidad, que una vez culminado su proceso agudo, o por motivos sociosanitarios o judiciales, deben completar cuidados en una institución, que pueda brindar servicios clínicos de alta calidad, hasta el regreso a su hogar.

Es fuertemente anhelado contar con CONIN como un centro de manejo de pacientes NANEAS de Mediana y alta complejidad. Sin otro particular.

**Claudio Cisterna**

**Jefe Servicio Pediatría**

**Hospital Dr. Gustavo Fricke**

## COORDINADOR DE LA RED PEDIÁTRICA E INTEGRACIÓN SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR.

Como Servicio de salud Araucanía Sur agradecemos profundamente la labor realizada por CONIN, quienes en su historia han trabajado estrechamente con los servicios pediátricos para favorecer la atención de esta población. Si bien el perfil de sus pacientes ha ido variando con el paso de los años, siempre se han adaptado y han buscado la forma de dar la mejor atención, razón por la cual se han ganado la confianza de equipos tratantes y de las familias de nuestros usuarios.

Esperamos continuar fortaleciendo redes de colaboración y trabajar en la continua para mejorar la calidad de vida de vida de nuestros niños y sus familias.

Atte.



**Dr. Michael Soto Matta**

**Médico Pediatra**

Coordinador de la Red Pediatría

Departamento de integración de la red

Servicio de Salud Araucanía Sur

## NUTRICIONISTA ASESOR HOSPITALES SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

Junto con saludar, reconocer el inmenso aporte que ustedes realizan a la red de salud nacional y en particular a nuestro Servicio de salud por medio de la atención de salud integral a niños y niñas.

Sería ideal contar con centros CONIN en nuestra región de Coquimbo, lo cual favorecería la mantención del vínculo familiar, y por qué somos la región con menor índice de camas por población lo que lo hace muy necesario.

Atenta a sus comentarios

Saludos cordiales, quedo atenta a vuestros comentarios.



**Mónica Baier Daza**

**Nutricionista Asesor Hospitales**

Subdepartamento de Unidades de Apoyo Clínico

Teléfono: +56 (51) 2333764 | Anexo: 513764

Servicio de Salud Coquimbo

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile



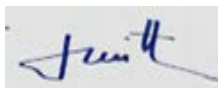
## **JEFE SERVICIO DE PEDIATRÍA , HOSPITAL CARLOS VAN BUREN**

Ante la solicitud de exponer el apoyo que ha significado vuestra institución en la gestión de salud de las Unidades Pediátricas de nuestro hospital, debo afirmar que ha sido uno de los pilares que permitieron cumplir nuestra labor, especialmente en los tiempos de pandemia.

Siempre hemos podido contar con un servicio de excelencia en el cuidado de los pacientes trasladados, lo que nos permite completar con tranquilidad tratamientos, mejoras nutricionales y cuidados asignados por efectos legales.

Sin la ayuda que prestan sería difícil poder cumplir con nuestra carga asistencial, más aún ahora que, postpandemia, el hospital se reestructuró con una merma importante de camas para el sector pediátrico. Esperamos seguir contando con esta alianza, para enfrentar los nuevos desafíos de nuestra población, que claramente nos lleva a pacientes con patologías crónicas y más complejas.

Saludos cordiales,



**Dr. Christian Smith Gaete**  
**Jefe Servicio de Pediatría**  
**Hospital Carlos Van Buren**

## **JEFE SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN DE CHILLÁN.**

Desde este servicio de Pediatría, trabajamos en forma coordinada con nuestros pacientes crónicos enviados a CONIN, que requieren un manejo intermedio entre hospitalización y sus hogares.

Mantenemos una cordial relación y nos retroalimentamos respecto de los manejos necesarios.

Saluda atentamente,

---

**Dra. Ximena Espinoza Carrasco**  
**Pediatra – Jefe del Servicio de CREPED**  
**Fono: (42)2586705 – Anexo Minsal: 426705**  
**Hospital Clínico de Chillan**  
Visítenos en: [www.hospitaldechillan.cl](http://www.hospitaldechillan.cl)

## **ENFERMERA ASESORA DE PROGRAMAS DE ARTICULACIÓN DE LA RED DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN.**

Junto con saludar, y en el contexto del proceso de renovación del convenio con MINSAL para los años 2024-2025, me permito destacar la labor realizada por el equipo de CONIN, la cual destaca por su compromiso hacia los niños y niñas beneficiarios. Sus prestaciones con enfoque en las necesidades especiales de atención en salud significan un gran aporte para la red, ya que asegura el acceso a una salud digna e integral a personas con requerimientos especiales de atención y, en muchas ocasiones, cumple con ser una valiosa red de apoyo para personas en situación de vulnerabilidad social. Saluda cordialmente.



**Javiera Torres Sanhueza**

Enfermera Asesora de Programas  
Dpto. de Gestión y Articulación de la Red  
Subdirección de Gestión Asistencial

Tel.: +56 41 268 8402 - Red Minsal.: 418402  
Dirección Servicio de Salud Concepción

## **JEFA SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL REGIONAL DE TALCA**

Estimados, por la siguiente me permito reconocer y agradecer el constante apoyo de CONIN para con el Hospital de Talca, en el contexto de numero en aumento de pacientes NANEAS de alta complejidad, los que requieren estadías prolongadas, y que no pueden ser derivados a sus domicilios.

No tenemos este tipo de institución en nuestra región y al ser el hospital de mayor complejidad, con las únicas UPC pediátricas y neonatal disponibles, tanto en la red pública como privada, de no contar con su apoyo, el flujo de pacientes tanto al ingreso y egreso se vería muy afectado.

Solo agradecer el continuo apoyo y desear se mantenga y algún día contar con centro CONIN en la región del Maule.

Me despido atentamente

**Dra. Mónica Donoso Macuada**  
**Pediatra**  
**Jefa Servicio de Pediatría HRT**

## **SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE**

Al igual que el año pasado, solo reconocer el tremendo aporte que realizan a nuestra comunidad hospitalaria, estando siempre dispuestas a facilitar y favorecer el mejor tránsito de nuestros niños y niñas por la red de prestaciones que ofrecen. Como siempre, reconocer también, su disposición para colaborar en los períodos críticos, flexibilizando sus propios flujogramas para dar respuesta a requerimientos de la red de salud.

Por lo mismo, solo reforzar la importancia de CONIN como red de apoyo a los Servicios de Salud, particularmente el nuestro, y agradecer su permanente disposición para apoyar nuestra gestión.

Atenta a sus comentarios

Saludos!



**Romina Bustos Cerda**

**Salud Infantil y Chile Crece Contigo**

Unidad de Curso de Vida

Depto. Ciclo Vital y Redes Transversales

Subdirección de Gestión Asistencial

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Teléfono (+562) 2576 24 82

Anexo MINSAL 262482

**Ministerio de Salud**

**Gobierno de Chile**

## JEFE SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL SAN CARLOS

Junto con saludar y recibir la buena noticia del proceso de renovación de convenio con MINSAL 2024, lo cual permite mantener la continuidad del beneficio de tantos niños de la red nacional.

En lo particular, al Hospital de San Carlos y durante mi gestión como Jefe Servicio de Pediatría desde el año 2011 nos ha correspondido establecer una relación de coordinación y apoyo que ha resultado exitosa y satisfactoria toda vez que hemos requerido de la acogida de niños/as con condiciones especiales de salud y bajo la protección de programas de la niñez.

Claramente, queremos que esta interrelación se mantenga, que los canales de comunicación resulten tan fluidos como hasta ahora y que la cooperación mutua siga siendo parte del plan.

Esperando cuenten con todo el éxito en la renovación y en los procesos de mejora continua.

Les saluda cordial.



---

**Dra. Denise Menadier Stavelot**

Médico Jefe Servicio de Pediatría

Hospital San Carlos

Teléfono: (+56 42) 2586356 | Anexo: 426356

[www.serviciodesaludnuble.cl](http://www.serviciodesaludnuble.cl)

## **JEFE CCRR MÉDICO PEDIÁTRICO, HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA**

Como Jefe del CCRR Médico Pediátrico ratifico que para nuestros Servicios ha sido de gran ayuda el apoyo de CONIN.

Nos ha permitido trasladar pacientes tanto de UPC Pediátrica como del Servicio de Pediatría para que Uds. continúen atendiéndolos.

Esto reviste particular importancia con pacientes crónicos que requieren tratamientos o apoyo con equipos médicos por largo tiempo y no tienen en su hogar las condiciones necesarias para hacerlo.

La descarga de estos pacientes a CONIN nos permite liberar camas de UPC Pediátrica o del Servicio de Pediatría para atender otros pacientes.

Agradecemos su apoyo y esperamos seguir contando con Uds.

Atte.

**Dr. Pablo Valdés Baltera**

**Jefe CCRR Médico Pediátrico**

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena

Temuco. Región de la Araucanía.



Estimados:

Como Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna (HLCM) queremos agradecer el apoyo que nos brinda CONIN al poder recibir pacientes de mediana y baja complejidad de la red de salud, durante todos estos años.

Nuestro hospital es un centro docente asistencial pediátrico donde manejamos pacientes con patologías de alta complejidad de todo Chile. CONIN nos brinda una gran ayuda al poder recibir pacientes NANEAS hospitalizados de estancia prolongada que no pueden derivarse a su domicilio por diferentes motivos, de esta forma nos permite que el hospital pueda seguir recibiendo pacientes de todo el país.

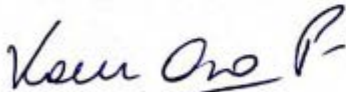
En Conjunto con CONIN hemos trabajado en forma expedita con todo su equipo, tanto en las derivaciones de pacientes a su centro como los pacientes que reingresa por alguna intercurencia, donde vemos la constante preocupación del personal por sus pacientes.

Creemos que sería de mucha utilidad que CONIN ampliara su canasta de prestaciones, en la cual se pueda incluir el traslado de pacientes NANEAS de alta complejidad con requerimientos especiales como nutrición parenteral, ventilación no invasiva en programa AVNI, pacientes traqueostomizados, peritoneo diálisis, entre otros, y seguir fortaleciendo la rehabilitación que es muy importante para el desarrollo de nuestros pacientes.

Nosotros estamos abiertos a la posibilidad de ayudar con la realización capacitaciones para su equipo en las áreas que les parezcan necesarias.

Esperamos seguir trabajando en conjunto por el bienestar y recuperación de nuestros pacientes.

Se despiden atentamente,



**Dra. Karin Osorio**

Medico jefe CR. De Pediatría



**Dra. Ana Fritis**

Médico jefe Unidad de Lactante