Ministerio de Salud – Gobierno de Chile

Manual Series REM 2017 - 2018

Departamento de Estadísticas e Información de Salud



Versión 1.0 - 2017

CONTENIDO

Introducción			03
Estructura			04
Generalidades			05
SERIE REM-A			10
REM-A.01	:	Controles de Salud	11
REM-A.02	:	Examen de Medicina Preventiva en Mayores de 15 Años	18
REM-A.03	:	Aplicación y Resultados de Escalas de Evaluación	21
REM-A.04	:	Consultas y Otras Atenciones	37
REM-A.05	:	Ingresos y Egresos por Condición y Problemas de Salud	47
REM-A.06	:	Programa de Salud Mental en Atención Primaria y Especialidades	67
REM-A.07	:	Atención de Especialidades	75
REM-A.08	:	Atención de Urgencia	81
REM-A 09	:	Atención de Salud Odontológica en APS y Especialidades	100
REM-A.11	:	Exámenes de Pesquisa de Enfermedades Transmisibles	123
REM-A.19a	:	Actividades de Promoción y Prevención de la Salud	134
REM-A.19b	:	Actividades de Participación Social	143
REM-A.21	:	Quirófanos y otros Recursos Hospitalarios	158
REM-A.23	:	Salas IRA-ERA y Mixtas en APS	170
REM-A.24	:	Atención en Maternidad	182
REM-A.25	:	Servicios de Sangre	190
REM-A.26	:	Actividades en Domicilio y Otros Espacios	204
REM-A.27	:	Educación para la Salud	211
REM-A.28	:	Programa de Rehabilitación Integral	218
REM-A.29	:	Programa de Imágenes Diagnósticas y/o Resolutividad en Atención Primaria	243
REM-A.30	:	Atenciones de Telemedicina en la Red Asistencial	237
SERIE REM BS			252
REM BS		Libro de Prestaciones	253
REM-B.17	:	Actividades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	258
SERIE REM BM			269
REM-BM18	:	Libro de Prestaciones de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (Uso exclusivo de Establecimientos Municipales)	270
REM-BM18.A	:	Actividades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (Uso exclusivo de Establecimientos Municipales)	275
		Definiciones Complementarias de las Serie A – BM – BS	277
REM SERIE D			280
REM- D.15	:	Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)	281
REM- D.16	:	Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)	292

INTRODUCCIÓN

Chile tiene una larga historia de estadísticas sanitarias, entre las que destacan las estadísticas de producción de actividades de los establecimientos pertenecientes al SNSS y las estadísticas de población bajo control de los programas de salud. Estas estadísticas se construyen a través de los resúmenes estadísticos mensuales (REM) que cada establecimiento envía al Ministerio de Salud periódicamente, constituyéndose en una herramienta fundamental para el monitoreo de programas y convenios de salud, así como el cumplimiento de metas del sector.

Los REM 2017-2018 son el resultado de múltiples procesos de mejora de los registros necesarios para construir las estadísticas de salud que el sector necesita. Para este período se ha hecho un gran esfuerzo, tanto por parte de la Red de Estadísticos de Servicios de Salud como de SEREMI y referentes técnicos de programas de salud, para adecuar y actualizar este instrumento a las necesidades de información más importantes para el sector. Sin duda los REM siempre serán perfectibles, sin embargo es importante destacar las áreas de mejora e innovación en que se trabajaronsimultaneamente,durante el 2° semestre del 2016, para mejorar la calidad y oportunidad de la información en el período:

- Se realizó un proceso sistemático y ampliado de levantamiento de requerimientos de información desde todas las áreas técnicas que han hecho uso de este instrumento.
- Se evaluaron todas las solicitudes, dejando afuera aquellas en que la explotación de bases de datos nominales, como los registros clínicos electrónicos, serámás eficiente y efectiva para responder a la necesidad de información.
- Se modernizaron las herramientas tecnológicas utilizadas, desde la configuración de la planilla de registro _que incorpora validaciones internas y llene automático de celdas en Serie BS a partir de datos de Serie A_, hasta mejoras en la plataforma de carga de los REM
- Se modificó el manual de apoyo al registro de datos de los REM, precisando las definiciones conceptuales, acoplando las recomendaciones operativas a los procesos de trabajo e incorporando reglas explícitas de validación de datos.

El presente Manual REM 2017-2018 contiene, en detalle, las mejoras realizadas en cuanto a las recomendaciones de uso de las planillas de todas las series del REM, así como las reglas de validación de datos que se espera puedan apoyar a los equipos locales para monitorear la calidad de sus datos y puedan usarlos para su gestión local.

Queremos agradecer a los profesionales referentes técnicos pertencientes a las diferentes Sub-secretarias, Divisiones y Departamententos de la Salud Pública, así como referentes de los Servicios de Salud y representantes del nivel primario (APS). Agradecemos también a la Comisión de Estadísticas, formada por representantes de la Red Nacional de Estadísticos de Salud, por su valiosa colaboración en la revisión de este manual.

SOBRE LA ESTRUCTURA DEL REM Y CÓMO USAR EL MANUAL

El presente Manual de Instrucciones de los Resúmenes Estadísticos Mensuales, correspondiente al año 2017-2018, está conformado por las series, que corresponden a las planillas, en el siguiente orden de distribución:

- Serie A
- Serie BS
- Serie BM
- Serie D15
- Serie D16

Cada serie se desagrega en hojas de trabajo correspondientes al tipo de registro que contienen. A su vez, cada hoja de REM contiene varias secciones según el tipo de dato que se recopila. Finalmente para cada sección, es decir cada tipo de dato, se detallan los siguientes aspectos:

- **Definiciones conceptuales**: corresponde a la definición del dato, a lo que representa, su significado. En ediciones siguientes, estas definiciones estarán contenidas, en la forma de un estándar de datos, en la Norma N° 820.
- **Definiciones operacionales**: corresponde a la forma de registrar el dato, en relación al proceso en que se genera el dato y en qué casilla debe registrarse.
- **Reglas de consistencia interna**: corresponde a verificaciones internas de datos, ya sea a través de fórmulas o llene automático, que reflejan la coherencia de datos y sus sumatorias y/o sus equivalentes en diferentes hojas y secciones de las series del REM.

Al principio de cada Hoja de Serie REM se ha desarrollado una pequeña introducción, que hace relación directa, a la temática de dicho REM, se han incluido referencias y definiciones oficiales de algunos conceptos, de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes.

Además al final de las series A-BS-BM, se han incorporado algunas definiciones complementarias, orientadas a las series antes nombradas, que pueden ser de utilidad para la interpretación de algunos conceptos.

Se establece que el **Manual**, es un instrumento de apoyo para los equipos, en ese contexto la revisión y mejora deben insertarse en un **Proceso de Mejoramiento Continuo**. Esto exige, generar una bitácora con sugerencias, las que serán revisadas y sistematizadas en un espacio de tiempo definido. Estamos convencidos que esta modalidad orienta mejor la satisfacción de las necesidades de los usuarios del Manual.

Les agradecemos enviar en formato definido sus sugerencias al correo rem@minsal.cl

GENERALIDADES SOBRE REGISTRO REM

1. Registro de Series REM en los distintos tipos de Establecimientos y/o Estrategias de Salud.

Dada las necesidades de información que día a día se enfocan en fortalecer el principio estadístico de oportunidad e integridad de la información, emanada desde el lugar de origen de la actividad y/o población se hace necesario la estandarización de la información de estadísticas de salud a nivel nacional , lo que se traduce en los registros REM los cuales no solo constituyen fuente de información para la producción sino fuente de diversos indicadores de Gestión y Cumplimiento de Programas, pilar fundamental para la toma de decisiones en salud.

Por lo precedente, cada establecimiento de salud posee código DEIS asignado de acuerdo a la estructura señalada por Ordinario Nº 358 y Decreto 820 del 25 de Marzo 2014. Dicho código, debe ser solicitado por los Servicios de Salud, con el envío de resolución exenta, la cual señala la instalación del establecimiento, especificando: Nombre, Comuna, Dirección y Dependencia.

De acuerdo a lo anterior, los REM de atenciones y/o población en control se remiten al DEIS por establecimientos y/o estrategias según códigos estructurales definidos, informando individualmente las Series REM A, BS, BM, P y D, según corresponda.

Son establecimientos de salud los definidos por DFL 1: Consultorios Generales Urbano, Consultorio General Rural, Hospitales de Alta, Mediana y Baja complejidad, Centro de Referencia de Salud, Centros de Diagnóstico Terapéutico, Direcciones de Salud y establecimientos Privados. Todos con códigos de establecimientos independientes

Son estrategias de salud las definidas como una modalidad de trabajo que cumple requerimientos técnicos según objetivos: Servicios de Atención Primaria de Urgencia, Servicio de Urgencia Rural, Servicio de Urgencia Alta Resolución APS, Centros Comunitarios de Salud Familiar, Consultorios de Salud Mental, Clínica Dental Móvil , Servicio de Atención Primaria de Urgencia Dental, Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS), Centro de Atención Funcionarios, Centros de Rehabilitación y Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO).

Cabe destacar que no todas las estrategias tienen asignados códigos, por lo que deben tributar la información a través del establecimiento madre con excepción de CECOSF, PRAIS (con establecimiento independiente y atención exclusiva PRAIS), Clínicas dentales Móviles, COSAM.

Por otra parte es importante destacar para la APS, que si bien es cierto, el modelo de atención con Enfoque de Salud Familiar, aborda la población sectorizada y que a nivel local se genera información estadística por sector, ésta es de manejo exclusivo para la gestión del establecimiento y se consolida en el REM del establecimiento para su envío a **DEIS MINSAL.**

2. Información a Registrar en Establecimiento Direción del Servicio (010).

Aún cuando la Dirección del Servicio de Salud no es un establecimiento que otorga atención de Salud, existen estrategias que se asocian a éste, como es el caso:

- Actividades de Médicos especialistas contratados por el Servicio que ejecutan acciones en diversos establecimientos de Salud tales como Consultorías.
- Actividades de Telemedicina, Teleconsultoría, Teleasistencia contratados por Servicio de Salud
- Compras de Servicios de Servicio de Salud para resolución de especialidades, Ortesis, etc.

Para este código se informa:

SERIE A: para efectos de estadísticas de producción.

SERIE B: para efectos de producción y facturación.

Para efectos de la Serie A y B, la información de producción que debe ser informada corresponde a:

Cualquier dispositivo de atención que NO se encuentre funcionando en las instalaciones de un establecimiento de salud oficial y que dependa técnica y/o administrativamente de la Dirección del Servicio de Salud. Estos pueden ser: UAPO, Hospital de día, entre otros. Se recomienda insistir en el traspaso de estos dispositivos a establecimientos de salud oficial.

Cualquier dispositivo de atención que tenga convenio con la Dirección del Servicio de Salud como: Hogares Protegidos Psiquiátricos, Residencias Protegidas, entre otros.

Centros Reguladores SAMU, que dependen técnica y administrativamente de la DSS. OIRS de la Dirección del Servicio de Salud.

La información de Consultas de Especialistas contratados por la DSS para apoyo de la red (GES Y NO GES), Equipos de Salud Mental que apoyan ciertas localidades de la red, Equipos de Participación Social que hacen actividades en localidades, Equipos de Rehabilitación Física Móvil.

Para efectos de la Serie BS, la información de facturación que debe ser informada corresponde a:

Toda actividad y/o dispositivos que sean financiados directamente por la Dirección del Servicio de Salud y que son ejecutadas en un establecimiento de salud.

Compras de servicio a externos en B17.

3. Información a registrar en PRAIS (011).

Se debe informar la estadística en Serie A y BS con el código de establecimiento 011, siempre y cuando exista un establecimiento independiente con atención exclusiva **PRAIS.**

Los PRAIS que dependan de un establecimiento base, debe confeccionar sólo SERIE A. Las orientaciones de registro de producción de actividades que estos equipos realizan, se pueden visualizar dentro del **Anexo N°1**

Para efectos de facturación la información debe estar contenida en Código 010 de Dirección del Servicio o del establecimiento al cual esté asociado.

4. Información a registrar en Establecimiento Clínica Dental Móvil o Unidad Dental Móvil

Como estrategia de salud, las Clínicas Dentales Móviles reportan información en la Serie A y para efectos de facturación en la Serie BS, la información debe registrarse en el código 010 de la Dirección del Servicio de Salud.

En algunos Servicios de Salud existen más de una Clínica Dental Móvil, por lo que aparecen códigos 013,014 también, asignadas a estos dispositivos.

Este establecimiento debe confeccionar sólo SERIE A.

Para efectos de facturación la información debe estar contenida en Código 010 de Dirección del Servicio.

5. Información de Centros de Salud Funcionarios.

Para aquellas Direcciones de Servicios de Salud que poseen Centros de Salud para Funcionarios que ejecutan sus acciones independientes de un establecimiento de Salud, se les asignará código sólo a aquellos establecimientos que existan con Resolución de Creación que los respalde.

Aquellos Centros de Salud Funcionarios que están adosados a un establecimiento, deben informar ya sea en Código 010 de la Dirección del Servicio o bien en el establecimiento que corresponda.

6. Registro de Atenciones de Equipos Profesionales Móviles.

Las actividades ejecutadas por estos equipos, con dependencia técnica y/o administrativa de las Direcciones del Servicio, deben ser informadas en los lugares donde se prestan las atenciones, o sea en los establecimientos de salud, los cuales reciben el apoyo. Si estas acciones se ejecutan en domicilios, sedes comunitarias, entre otros, éstas deben ser registradas en el establecimiento más cercano, pues las actividades necesariamente deben haber sido coordinadas con anterioridad con los equipos de salud locales a los que pertenece la población atendida. Para efectos de facturación Código 010 Dirección de Servicios.

7. Compra y Venta de Servicios.

Las actividades ejecutadas por compras de servicio NO forman parte de la producción propia de los establecimientos, por lo que éstas deben ser registradas en Serie REM, ítems Compras de Servicio como se detalla:

- Serie A: A07, A08, A09, A11 y A26,
- Serie BM: 18 y 18A
- Serie BS: B17

Respecto a las ventas de servicios realizadas por establecimientos públicos de salud a otros establecimientos de la Red Asistencial, ya sea establecimientos de Atención Primaria u otros Servicios de Salud, debe ser informado como se detalla:

- REM A: Como Producción del establecimiento que vende, la excepción a la regla es el REM A11, que no deben ser incluidas las actividades que son vendidas a otros establecimientos de salud de la red.
- Serie BS:B17
- Serie BM: B18

1. En la columna “TOTAL” registrar todas las prestaciones realizadas e incluidas las Ventas de Servicio.

2. En la columna “Beneficiarios”, se debe descontar las VENTAS realizadas a otros establecimientos, dado que el Hospital está facturando por otras vías.

3. Registrar en la columna “Ventas de Servicios”, el número total de prestaciones vendidas.

Importante: el establecimiento que registra como producción, es el que realiza la actividad, no el que la solicita o compra la prestación.

8. Rem Cobertura de Cancer de Cuello Uterino y Cáncer de Mama (P12).

Para el Programa de Cáncer de Cuello Uterino, las instrucciones de registro en REM P12 corresponden a:

Sección A: Programa de cuello uterino: Población Femenina con PAP vigente. Debe ser informada por cada establecimiento que realiza la toma de PAP, para efectos de medir la real cobertura de mujeres con PAP vigente. Para ello debe existir una coordinación al interior de cada Servicio de Salud para poder hacer llegar al información extraída de Citoexpert y/o REVICAN a los establecimientos de procedencia de las mujeres.

En Sección B: PAP realizados e informados según resultados: Debe ser informado por el establecimiento que cuenta con Laboratorio con técnica de citología, donde se procesa centralizadamente los PAP.

9. Registros de Estrategias Comunales.

Para el caso de Estrategias Comunales existente en Servicios de Salud, tales como laboratorio comunal, UAPO, Laboratorio Dental Comunal, Centros de Rehabilitación no adosados a Establecimientos de Salud y que atienden a toda la comuna, esta producción se debe registrar en el CESFAM más representativo de la Comuna.

10. Registro de Atenciones de SAPUDENT.

Con la finalidad de evitar duplicidad en la información, para el año 2014 la información de SAPUDENT debe enviarse en REM 09 con código de SAPUDENT (ver recuadro) y ser excluida de información de establecimiento Madre. La producción total del establecimiento será la suma de ambos registros.

A continuación, los establecimientos que deben realizar este registro.

SERVICIO DE SALUD	COMUNA	ESTABLECIMIENTO	DEPENDENCIA	Código DEIS SAPUDENT	
				Código antiguo	Código
ANTOFAGASTA	ANTOFAGASTA	NORTE DE ANTOFAGASTA	MUNICIPAL	03-800	103800
ANTOFAGASTA	CALAMA	ALEMANIA DE CALAMA	MUNICIPAL	03-807	103807
VALPARAISO SAN ANTONIO	VALPARAISO	PLACERES	MUNICIPAL	06-800	106800
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	VILLA ALEMANA	EDUARDO FREI	MUNICIPAL	07-828	107828
CONCEPCION	SAN PEDRO DE LA PAZ	SAN PEDRO DE LA PAZ	MUNICIPAL	18-808	118808
OSORNO	OSORNO	DR. PEDRO JÁUREGUI	MUNICIPAL	23-800	123800
METROPOLITANO ORIENTE	LAS CONDES	ANÍBAL ARIZTÍA	MUNICIPAL	12-806	112806
METROPOLITANO ORIENTE	ÑUÑOA	ROSITA RENARD	MUNICIPAL	12-810	112810
METROPOLITANO ORIENTE	PEÑALOLEN	SAN LUIS	MUNICIPAL	12-815	112815
METROPOLITANO SUR	LO ESPEJO	JULIO ACUÑA PINZÓN	MUNICIPAL	13-809	113809

11. Registro de Aplicación de Instrumentos Evaluativo en otra Actividad.

- En el caso de realizar visitas domiciliarias integrales y aplicar, por ejemplo , Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor(EEDP),Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI), Examen de Medicina Preventiva (EMP - EMPAM) u otro instrumento que permita evaluar el estado de salud de las personas, , se deberá registrar tanto la visita domiciliaria integral como el total de instrumentos de evaluación aplicados con suresultado. Esto será factible, solo si el profesional que aplicará el intrumento de evaluación cuente con los elementos de apoyo necesarios al momento de realizar la visita.

- Aplicación de EMP en una Consulta de morbilidad que además, desde que tenemos registros informáticos, se consolida para registros REM, las consultas de morbilidad y los EMP realizados enforma separada.

REM 2017

SERIE A

DEIS
Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

REM-A01: Controles de Salud en Establecimientos Primarios de Atención

Corresponden a las actividades realizadas por profesionales en el nivel de Atención Primaria de Salud (APS) y que están destinadas a la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades, además del acompañamiento y educación a las personas, con el fin de garantizar una mejor calidad de vida en diferentes etapas de ésta.

A partir de lo anterior, se pueden identificar las siguientes secciones con el fin de informar dichas actividades

Secciones del REM-A01

Sección A: Controles de salud sexual y reproductiva

Sección B: Controles de salud según ciclo vital

Sección C: Controles según problema de salud

Sección D: Control de salud integral de adolescentes

Sección E: Controles de salud en establecimiento educacional

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A01

Sección A: Controles de salud sexual y reproductiva 

Definiciones conceptuales  **:**

Los controles relacionados con la salud sexual y reproductiva, se encuentran dentro del marco del programa salud de la mujer y consideran las diferentes etapas durante el ciclo vital del las personas.

Estos controles de salud sexual y reproductiva incluyen:

Control Pre Concepcional: Es la atención integral proporcionada otorgada a la una mujer, un hombre o pareja, para iniciar o posponer una gestación, de acuerdo a sus factores de riesgos presentes antes del proceso gestacional.

Control Prenatal: Es la atención periódica y preventiva, con enfoque biopsicosocial que se otorga a la gestante.

Control Post Parto y Post Aborto: Corresponde a la atención con enfoque de riesgo que se otorga a la mujer hasta el sexto mes post parto y posterior a un aborto, con el fin de detectar factores de riesgo biosicosocial.

Control de Puérpera y Recién Nacido: Es la atención proporcionada a la madre y a su hijo(a) en el transcurso de los 10 primeros días de vida del recién nacido efectuado por Médico o Matrón(a) en establecimientos con nivel primario de atención, en el cual se evalúa el estado de salud de ambos, la lactancia materna que recibe el o la lactante hasta antes de cumplir los 11 días de vida cronológicos, las condiciones familiares para la evolución de la maternidad – paternidad, el apoyo para el cuidado de la madre y del niño o niña, y el ajuste inicial entre la madre y el niño o niña.

Control de puérpera y recién nacido entre 11 y 28 días: Corresponde al mismo tipo de control realizado al binomio madre e hijo, pero pasado los 10 primeros dias de vida del menor. Este control se efectúa sólo en el caso de que NO haya sido posible realizar la evaluación en el transcurso de los 10 primeros días de vida del recién nacido,ya sea por problemas de salud de la madre o el hijo(a), de lejanía u otras causas (no atribuibles al centro de salud correspondiente). Es la atención proporcionada a la madre y a su hijo(a) en este periodo, por Médico o Matrón(a) en establecimientos con nivel primario de atención, en el cual se evalúa la fórmula láctea que recibe el o la lactante durante los 11 y 28 días de vida cronológicos.

Control Ginecológico: Es la atención de salud ginecológica integral, proporcionada a la población femenina a lo largo de su ciclo vital a partir de los 10 años, con el objeto de fomentar y proteger la salud integral de la mujer (entendido como el bienestar físico, mental y social de un individuo, OMS)

Control del Climaterio: Es la atención sistemática otorgada a la población femenina climatérica de 45 a 64 años, cuyo objeto es prevenir y detectar precozmente las patologías más frecuentes en este período del ciclo vital de la mujer identificadas a través de pauta MRS , mejorando su calidad de vida previo al periodo de la menopausia.

Control de Regulación de Fecundidad: Es la atención integral otorgada en forma oportuna y confidencial a la mujer en edad fértil y/o a hombres que deseen utilizar un método de regulación de fecundidad.

Tipos de Lactancia

Se incluye en esta sección la información relacionada que indica la condición de lactancia presente en el recién nacido durante el primer mes de vida, de acuerdo a los criterios definidos a continuación:

Lactancia Materna Exclusiva (LME): Consiste en la alimentación que recibe el lactante menor de 6 meses únicamente de leche materna, en donde no se administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Lactancia Materna /Lactancia Artificial (LMP / LA): Consiste en la alimentación que recibe el lactante menor a 6 meses, cuyos volúmenes de lactancia materna y lactancia artificial se distribuyen de distintas formas durante el día. Incluye en este indicador la lactancia materna predominante (entre 50% y 90% de lactancia materna) y fórmula predominante (entre un 10% y 49,9% de lactancia materna). No incluye la administración de otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Lactancia artificial (LA): Consiste en la alimentación que recibe el lactante menor de 6 meses exclusivamente de fórmula láctea o cuyo porcentaje de lactancia materna sea menor al 10%. No incluye la administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Definiciones operacionales :

Se deben registrar todos los controles realizados, según tipo de control, según profesional Médico o Matrón(a) y grupos de edad definidos y por sexo.

Los controles relacionados con la salud sexual y reproductiva, se encuentran dentro del marco del programa salud de la mujer, por lo tanto son excluyentes de los controles de salud que se registran en sección B.

Se deben registrar los pacientes **beneficiarios (personas con previsión FONASA vigente)** que deben estar incluidos en los grupos de edad y sexo correspondientes, en cada tipo de atención declarada en esta sección.

En el caso de control prenatal se debe incluir los controles a los que asiste la gestante con pareja, familiar u otro.

En los controles de puérpera y recién nacidos se debe indicar si se realizan con presencia del padre.

En los controles de puérpera y recién nacidos se debe registrar la el tipo de lactancia que recibe el o la recién nacida, ya sea en el control de los 10 primeros días o el control entre los 11 y 28 días.

En el control de puerperio, si la madre asiste al primer control de salud (10 días o 11-28 días) sin su recién nacido, por encontrarse hospitalizado, en incubadora, pérdida reproductiva, etc., se debe registrar en sección A, como control post parto y post aborto. No corresponde a control con díada.

Si en el primer control de salud, el recién nacido asiste sólo con familiar y no la madre, el control se debe registrar en sección B como control de salud menor de 1 mes.

Si al primer control asiste la madre con más de un recién nacido (parto múltiple), se debe registrar como 1 control puérperas con díada y el resto como controles de salud menor de 1 mes sección B. Ejemplo: Madre con parto gemelar, se registra 1 control puérperas con díada y 1 control de salud menor 1 mes sección B.

Para el caso de regulación de fecundidad se debe consignar el sexo de las personas atendidas.

Reglas de consistencia para la sección :

R.1: El número de controles con pareja u otro será igual o menor al total de controles.

R.2: El número de controles con presencia del padre será igual o menor al total de controles con DÍADA.

R.3: Los beneficiarios declarados en la columna en la comuna V, pueden ser igual o menor al total declarado en el columna C.

R.4: El dato declarado en los tipos de atención correspondientes a “control de salud de puérpera con recién nacido menor de 10 días” o “control de salud de puérpera con recién nacido entre los 11 y 28 días de vida”, debe reflejarse en lo declarado en el REM A05, sección E, con diferencias en cifras sólo por cambios de mes o inasistencias.

Sección B: Controles de salud según ciclo vital

Definiciones conceptuales :

Control de salud: Corresponde a las atenciones realizadas a los individuos desde el primer mes de vida, en forma periódica, integral y de carácter preventiva, con el objeto de vigilar el normal crecimiento y desarrollo desde la etapa infantil (control sano del niño o niña), pesquisando los riesgos físicos y sociales presentes durante el ciclo vital, que afectan la salud y bienestar de las personas, entregando acciones de fomento y protección de la salud, para mejorar la calidad de vida de éstos.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de controles efectuados por ciclo vital, desagregados según el grupo etario y sexo de las personas atendidas, según profesional que realiza la actividad.

En las dos últimas columnas registrar los controles realizados a niños menores de 4 años con presencia del padre, según profesional que lo realiza.

Los controles de salud vital que se deben registrar en Técnico Paramédico, corresponderán solo a los que se realizan en zonas rurales o aisladas, en las que no puede ser efectuado por un profesional de la salud. Justificar el argumento de este registro en la hoja “Control” de la serie A.

Reglas de consistencia :

R.1: Si existen controles de salud en el grupo de edad menor de 1 mes, debe relacionarse con el registros de ingresos de recién nacidos en REM A05, sección E.

R.2: La suma de grupos de edad deben ser coincidentes con total por hombres y mujeres.

R.3: El control con presencia del padre se registra paralelamente según grupos de edad del niño en control.

Sección C: Controles según problema de salud

Definiciones conceptuales :

Los controles según problemas de salud, corresponde a aquella atenciones de salud realizadas a usuarios que presentan problemas de salud diagnósticados y que se definen bajo los siguientes conceptos:

Tipo de control de Salud Cardiovascular: Corresponde a la atención multidisciplinaria de tratamiento otorgada en forma periódica, a personas con factores de riesgo cardiovascular y/o enfermedades cardiovasculares diagnosticadas (Diabetes, Hipertensión Arterial)

Tipo de control de Tuberculosis (TBC): Corresponde a la atención de seguimiento y tratamiento al paciente con Tuberculosis otorgada en forma periódica, otorgada por Médico o Enfermera(o).

Tipo de control “seguimiento de Autovalente con Riesgo” y “seguimiento Riesgo Dependencia”: Se entiende como aquella atención entregada por el profesional Médico o Enfermera(o) posterior al EMPAM del cual se deriva la calificación de riesgo inicial y que busca recuperar la autovalencia disminuida a través de acciones terapéuticas que se definen en un plan de atención en conjunto a la persona en situación de fragilidad y/o la familia.

Tipo de control de Infección de Transmisión Sexual: Corresponde a la atención de seguimiento y tratamiento, otorgada en forma sistemática y periódica al paciente diagnosticado con alguna ITS.

Tipo de control otros problemas de salud: Es la atención periódica otorgada a usuarios que presentan enfermedades crónicas no cardiovasculares (Epilepsia, enfermedades crónicas respiratorias, u otras), previamente diagnosticadas y con tratamiento establecido, con fines de control y seguimiento.

Tipo de control Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales: Se denomina a los niños, niñas y adolescentes con “necesidades especiales de atención” (NANEAS), aquellos que por su condición actual de salud requieren un número mayor de tiempo de duración en la atención, mayor frecuencia de los controles y un fuerte componente de apoyo a la familia y vinculación de las redes de apoyo y recursos comunitarios locales[1] .

Definiciones operacionales ⊕**:**

Se registra el número de controles efectuados, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, por el funcionario que realiza la actividad y el tipo de control diferenciado por problema de salud; Cardiovascular, de Tuberculosis, seguimiento autovalente con riesgo, seguimiento riesgo dependencia, de Infección de Transmisión Sexual, otros problemas de salud y Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales.

Regla de consistencia ⊕**:**

R.1: El total declarado en la columna de “ambos sexos” puede ser igual o mayor a la cantidad declarada en la columna “beneficiarios”.

[1] Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2013, página 147.

Sección D: Control de salud integral de adolescentes

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la atención de salud integral de adolescentes, que permite evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, fomentando precozmente los factores y conductas protectoras e identificando tempranamente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud, con objeto de intervenir en forma oportuna e integral, a través de la herramienta aplicada de la ficha CLAP. Estas acciones de salud pueden ser realizadas en diferentes lugares tanto dentro, como fuera del establecimiento de Atención Primaria de Salud.

Lugar de control Espacio Amigable: Se refiere a espacios físicos agradables, atractivos y cercanos a los/las adolescentes, con características que aseguren su accesibilidad, en cuanto a horarios diferidos de atención, tiempos de espera, gratuidad, respetando la cultura, la diversidad y sin discriminación, facilitando además la participación de adolescentes y su empoderamiento. Con profesionales que tengan competencias para la atención de esta población.

Lugar de control en otros espacios del establecimiento de salud: Corresponde a las actividades realizadas dentro del establecimiento de salud, que no están calificados como espacio amigable.

Lugar de control en establecimientos educacionales: Corresponde a las actividades de aplicación de ficha CLAP realizadas en los propios establecimientos educacionales.

Lugar de control en otros lugares fuera del establecimiento de salud: Corresponde a las actividades realizadas fuera del establecimiento de salud, pero que no corresponden a establecimientos educacionales (espacios comunitarios).

Definiciones operacionales :

Se registra el total de atenciones de adolescentes en grupos de edad 10 a 14 años y de 15 a 19 años, según sexo, y lugares efectuados.

Reglas de consistencia :

R.1: Los controles registrados en esta sección deben estar incluidos en la sección B: Controles de salud según ciclo vital. El total de este dato debe ser igual o menor a lo declarado en la sección B.

Sección E: Controles de salud en establecimiento educacional

Definiciones conceptuales:

El control de salud escolar tiene como objetivo mejorar el acceso a actividades promocionales, preventivas y de pesquisa de los factores de riesgos en salud más prevalentes en la población de 5 a 9 años en base a controles de salud realizados en el establecimiento educacional. Este control puede ser efectuado de manera individual o grupal, dependiendo de la coordinación local.

Tipo de controles individuales: Corresponde a las atenciones realizadas en establecimientos escolares en forma inividual.

Tipo de controles grupales: Corresponde a la atención en salud realizada a niños o niñas de manera grupal.

Definiciones operacionales:

Corresponde al registro de atenciones realizadas niños y niñas de kínder a cuarto básico en establecimientos educacionales, indicando si fueron individuales o grupales.

Regla de consistencia:

R.1: En los controles grupales, la columna “Total” debe indicar el número de controles grupales realizados, segregados cada uno de ellos por el sexo de los menores evaluados en cada uno.

REM-A02: Examen de Medicina Preventiva en Mayores de 15 Años

El examen de medicina preventiva (EMP), es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, tanto para quien la padece como para su familia y la sociedad.

Secciones del REM-A02

Sección A: EMP realizado por profesional.

Sección B: EMP según resultado del estado nutricional.

Sección C: Resultados de EMP según estado de salud.

Sección D: Resultados de EMP según estado de salud (exámenes de laboratorio).

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A02

Examen de Medicina Preventiva (EMP), corresponde al examen de medicina preventiva que se realiza a desde los 15 años y hasta los 64 años incluidos. El EMPAM corresponde al examen preventivo realizado a personas desde los 65 años en adelante.

Sección A: EMP realizado por profesional

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la aplicación de acciones de salud garantizadas (Guía Clínica AUGE) periódicas cada 3 años en el Sistema Público, o anual (si es solicitado por el usuario) de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital.

Definiciones operacionales :

Se registrarán los EMP, según sexo de los pacientes atendidos, desagregados por profesional que efectúa la actividad. El registro corresponde a EMP efectuado, es decir que en el examen se haya evaluado al paciente, clasificado por estado nutricional, aplicación de escalas y solicitud de exámenes, independiente de los resultados de éstos.

Posteriormente cuando el paciente vuelve para control de exámenes indicados previamente en EMP, esta actividad se registra como Consulta profesional Médico o no Médico sección A y B del REM A04.

Reglas de consistencia :

R.1: Los EMP que se deben registrar en técnico paramédico, corresponderán solo a los que se realizan en zonas rurales o aisladas, en las que no puede ser efectuado por un profesional de la salud.

R.2: El número total de EMP realizados y diferenciado por sexo debe ser consistente con el número total de AUDIT aplicados en EMP por grupo de edad y sexo, los cuales se registran en REM A.03, sección D.1.

Sección B: EMP según resultado del estado nutricional

Definiciones conceptuales:

Corresponde a los exámenes de medicina preventiva realizados, según las categorías del estado nutricional detectado en las personas en relación al Índice de Masa Corporal (IMC), las cuales se clasifican en Normal, Bajo Peso, Sobrepeso y Obesidad.

Definiciones operacionales :

Se registrará el número de EMP realizados, clasificados por categorías de estado nutricional según IMC, desagregados por sexo y edad de los atendidos.

Regla de consistencia :

R.1: La suma de los EMP por estado nutricional de la sección B debe ser igual al total de los EMP realizados por profesional de la sección A.

Sección C: Resultados de EMP según estado de salud

Definiciones conceptuales:

Corresponde a los resultados de cada EMP realizado, según el estado de salud de las personas al momento de aplicar el Examen de Medicina Preventiva. Los resultados se clasifican en Tabaquismo y/o Presión Arterial Elevada.

Estado de salud tabaquismo: Corresponde a la personas que indican consumo de tabaco, de acuerdo a la encuesta aplicada de las “5As”.

Estado de salud presión arterial elevada: Corresponde a personas que presentan al momento del examen fisico, una presión arterial igual o mayor a 140/90 mmhg.

Definiciones operacionales :

Se registrarán los factores de riesgo detectados al momento de aplicar el EMP, en relación a presencia de tabaquismo y presión arterial elevada, según edad y sexo de las personas atendidas.

Regla de consistencia :

R.1: Los resultados son excluyentes, por lo que este registro NO es consistente con las secciones A y B, ya que un EMP puede presentar los dos resultados descritos en esta sección o ninguno.

Sección D: Resultados de EMP según estado de salud (exámenes de laboratorio)

Definiciones conceptuales :

Corresponde a los resultados de cada EMP realizado, según la alteración de salud que presentan las personas, confirmado a través de un examen de laboratorio.

Estado de salud Glicemia Alterada: Corresponde a la personas que presentan una Glicemia en ayuno entre 100 y 199 mg/dl, según el exmen de laboratorio realizado.

Estado de salud Colesterol Elevado: Corresponde a la personas que presentan un Colesterol en ayuno entre igual o mayor a 200 mg/dl, según el examen de laboratorio realizado.

Definiciones operacionales :

Se deben registrar los resultados de los exámenes solicitados en el EMP, clasificados según Glicemia Alterada y Colesterol Elevado confirmados a través de un examen de laboratorio, según edad y sexo de las personas atendidas.

Reglas de consistencia :

R.1: La suma de los resultados son excluyentes por lo que esta información NO es consistente con las secciones A y B, ya que un EMP puede presentar los dos resultados descritos en esta sección o ninguno.

R.2: Se deberá registrar el EMP en el mes que se efectuó y el resultado del examen al momento de obtenerlo.

REM-A03: Aplicación y Resultados de Escalas de Evaluación

En este REM se pretende reflejar las herramientas aplicadas a través de los controles preventivos realizados en las diferentes etapas del ciclo vital y que buscan la detección precoz de cualquier enfermedad o anomalía que pueda presentarse en los individuos durante el desarrollo de su vida.

Secciones del REM-A03

Sección A:	**Aplicación de instrumento y resultado en el niño/a.**
Sección A.1:	**Aplicación y resultados de Pauta Breve.**
Sección A.2:	**Resultados de la aplicación de Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor.**
Sección A.3:	**Niños y niñas con rezago, déficit u otra vulnerabilidad derivados a alguna modalidad de estimulación en la primera evaluación.**
Sección A.4:	**Resultados de la Aplicación de Protocolo Neurosensorial.**
Sección A.5:	**Lactancia materna en menores controlados.**
Sección A.6:	**Resultado tamizaje de detección problemas de salud mental.**
Sección B:	**Evaluación, aplicación y resultados de escalas en la mujer.**
Sección B.1:	**Evaluación del estado nutricional a mujeres controladas al octavo mes post parto.**
Sección B.2:	**Aplicación de Escala según Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada a gestantes.**
Sección B.3:	**Aplicación de Escala de Edimburgo a gestantes y mujeres post parto.**
Sección C:	**Resultados de la evaluación del estado nutricional del adolescente con control salud integral.**
Sección D:	**Otras evaluaciones, aplicaciones y resultados de escalas en todas las edades.**
Sección D.1:	**Aplicación de instrumento e intervenciones breves por patrón de consumo alcohol y otras sustancias (ex programa Vida Sana y otros).**
Sección D.2:	**Resultados de la aplicación de Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad (IVADEC-CIF).**
Sección D.3:	**Resultado aplicación GHQ12.**

Sección D.4: **Resultado de aplicación de condición de funcionalidad al egreso Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"**

Sección D.5: **Variación de resultado de aplicación del Índice de Barthel entre el ingreso y egreso hospitalario.**

Sección D.6: **Aplicación de Escala ZARIT abreviado en cuidadores de personas con dependencia severa**

Sección D.7: **Aplicación y resultados de Pauta de Evaluación con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO)**

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A.03

Sección A: Aplicación de instrumentos y resultados en el niño/a

Sección A.1: Aplicación y resultados de Pauta Breve :

Definiciones conceptuales :

Es una escala cualitativa, que contiene ítems seleccionados del EDDP y permite realizar una rápida detección de alteraciones para cada una de las edades. Esta escala se aplica durante el control de salud infantil y evalúa las áreas de coordinación, lenguaje, social y motor. Esta pauta permite clasificar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas en Pauta Breve normal o Pauta Breve alterada

Definiciones operacionales :

Se deben registrar el número de Pautas Breves aplicadas, con sus resultados, que pueden ser nomal y alterado, según los grupos de edad y sexo.

Regla de consistencia :

R.1: La suma de los resultados registrados como normal o alterada debe ser coincidente con el total de aplicaciones según edad.

Sección A.2: Resultados de la aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor

Definiciones conceptuales :

Se refiere a la aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) a niños y niñas de 1 mes a 24 meses y el Test de Evaluación Psicomotor (TEPSI) a menores de 2 a 5 años durante el control de salud infantil, que permite identificar a niños y niñas que presenten Rezago o Déficit (Riesgo o Retraso) en su desarrollo psicomotriz, con el fin de la realización de acciones de recuperación que contribuyan al logro de un desarrollo normal.

Definiciones operacionales :

"Primera Evaluación": Se registran los resultados de las aplicaciones de EEDP o TEPSI obtenidos en la primera aplicación de la escala y que puede resultar en las categorias de Normal, Normal con Rezago, Riesgo y Retraso. Esto además se divide por edad y sexo.

"Reevaluación": Se registran los resultados obtenidos en una segunda aplicación de control y que puede resultar en las categorias de Normal (de Rezago), Normal (de Riesgo), Normal (de Retraso), Normal con Rezago, Riesgo y Retraso, además de separarlos por edad y sexo.

"Derivados a Especialidad": Correponde al registro de los niños derivados a especialista según sexo y edad que cumplan con los criterios técnicos establecidos a partir de la primera evaluación.

"Trasladados de establecimiento": Corresponde al registro de niños que, manteniendo su condición de desarrollo psicomotor alterado (Rezago, Riesgo, Retraso) egresan de la población bajo control del centro de origen, declarados según sexo y edad.

Reglas de consistencia :

R.1: La suma de los resultados de las aplicaciones realizadas en Primera Evaluación y Reevaluación debe ser igual a la totalidad de las aplicaciones realizadas registradas, según edad y sexo.

R.2: El número total de derivaciones a especialidad debe ser igual o menor que la suma de niños evaluados como Retraso primera evaluación y Riesgo y/o Retraso en reevaluación.

R.3: El registro de los resultados de las evaluaciones de niños que son derivados o trasladados no deben ser registrados en las celdas de reevaluaciones como recuperados del diagnóstico que poseen.

Sección A.3: Niños y niñas con rezago, déficit u otra vulnerabilidad derivados a alguna modalidad de estimulación en la primera evaluación

Definiciones conceptuales :

Corresponde a los niños y las niñas a quienes les fue aplicada la escala de evaluación de DSM y cuyo resultado corresponde a la categoría Normal con Rezago, Riesgo y/o Retraso, además de los niños y las niñas que presentan otra vulnerabilidad psicosocial y que fueron derivados a estimulación.

- Normal con rezago: Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación de EEDP o TEPSI la categoría Normal, pero que en una de las sub áreas de test presenta la categría de Riesgo o Retraso.

- Riesgo: Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación de EEDP o TEPSI la categoría Riesgo, es decir que el puntaje total de todas las sub áreas está una desviación estándar bajo el promedio.

- Retraso: Se refiere a los niños(as) que ingresan a sala de estimulación, que obtuvieron como resultado de la evaluación de EEDP o TEPSI la categoría Retraso, es decir que el puntaje total de todas las sub-áreas está dos desviaciones estándar bajo el promedio.

- En situación de discapacidad: Que presenta una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensorial, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, puedan ver impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Ley 20.422).

- Otra vulnerabilidad: Se refiere a los niños(as) que ingresan a sala de estimulación, que obtuvieron como resultado de la evaluación de EEDP o TEPSI, o de alguna otra pauta de evaluación la categoría Normal, pero presenta vulnerabilidad biopsicosocial, que podría alterar su normal desarrollo.

Definiciones operacionales :

Se registra los niños y niñas detectados en la primera evaluación de EEDP o TEPSI con resultado Normal con Rezago, Riesgo o Retraso y los niños y niñas con resultado “Normal” que presentan otra vulnerabilidad que puede dañar su desarrollo integral y que por ello fueron derivados a alguna modalidad de estimulación. Esto se registra dividido por edad y sexo.

Los niños y niñas derivados que presentan otra vulnerabilidad, excluye a los niños(as) Normal con Rezago, Riesgo o Retraso y pueden ser derivados a cualquier edad establecida en el REM sección A.3

Reglas de consistencia :

R.1: Los niños y niñas con resultado Normal con Rezago, Riesgo y Retraso que son derivados y registrados en la sección A3, deben ser igual a la suma de los niños diagnosticados en la primera evaluación con esta condición según edad, y sexo de la sección A2.

R.2: Los niños(as) derivados a alguna modalidad de estimulación registrados en esta sección debe ser mayor o igual a los niños(as) ingresados a sala de estimulación, registrados en REM A05, sección F.

R.3: En el caso que los niños(as) sean derivados a estimulación y por alguna razón no ingresaron a la sala de estimulación dentro del mes informado, deberán ser registrados de igual forma en las secciones de REM A03 correspondientes, y justificar en la hoja "Control", los motivos por los cuales permanecen los mensajes de error en los respectivos REM.

Sección A.4: Resultados de la aplicación de Protocolo Neurosensorial

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la aplicación de una pauta (Protocolo de Evaluación de Neurodesarrollo) que tiene como objetivo de pesquizar alteraciones al examen físico y neurológico que significan factores de riesgo relevantes para la salud o para el neurodesarrollo y la pesquisa precoz de trastornos neurosensoriales en lactante de entre 1 a 2 meses.

Definiciones operacionales :

Corresponde al registro de la aplicación del test de neurodesarrollo infantil en menores de 1 y/o 2 meses de edad, aplicado a través del instrumento "Protocolo Neurosensorial", que tiene como resultados las categorías: Normal, Anormal y Muy Anormal.

Regla de consistencia :

R.1: La suma de los resultados registrados en Protocolo Neurosensorial debe ser coincidente con el total de aplicaciones según edad.

Sección A.5: Lactancia materna en menores controlados ♥

Definiciones conceptuales ♥ :

Corresponde a la clasificación del tipo de alimentación, principalmente lactea, que presentan los niños y niñas controlados durante los primeros 24 meses de vida, y que se evalúa en meses específicos, señalados a continuación:

Control del 1° mes: Control realizado por Médico durante los 20 días y el mes con 15 días de vida cronológico, en el cual se evalúa la fórmula láctea que recibe el o la lactante.

Control del 3° mes: Control realizado por Médico durante entre los 2 meses con 16 días y 3 meses con 15 días de vida cronológico, en el cual se evalúa la fórmula láctea que recibe el o la lactante.

Control del 6° mes: Control realizado por Enfermera entre los 5 meses y 16 de días y los 6 meses y 15 días de vida cronológico, en el cual se evalúa la fórmula láctea que recibe el o la lactante hasta antes de cumplir los 5 meses y 15 días de vida cronológico o corregido en prematuros.

Control del 12° mes: Control realizado por Enfermera entre los 11 meses con 16 días y los 12 meses con 15 días de vida cronológicos junto a la incorporación de sólidos hasta los 12 meses de vida cronológicos, en el cual se evalúa la fórmula láctea que ingiere el lactante junto a la incorporación de sólidos hasta los 12 meses de vida cronológicos o corregidos en prematuros. El único indicador que aplica en esta situación es para los lactantes que se encuentran con la Lactancia Materna Exclusiva (100%) más la incorporación de sólidos, excluyendo lo que se encuentran con fórmulas en cualquiera de sus porcentajes de volúmenes.

Control del 24° mes: Control realizado por Enfermera entre los 23 meses con 16 días y 24 meses con 15 días de vida cronológicos, en el cual se evalúa la fórmula láctea que ingiere el lactante junto a la incorporación de sólidos hasta los 24 meses de vida cronológicos o corregidos en prematuros. El único indicador que aplica en esta situación es para los preescolares que se encuentran con la Lactancia Materna Exclusiva (100%) más la incorporación de sólidos, excluyendo lo que se encuentran con fórmulas en cualquiera de sus porcentajes de volúmenes.

Lactancia Materna Exclusiva (LME): Consiste en la alimentación que recibe el lactante menor de 6 meses únicamente de leche materna, en donde no se administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Lactancia Materna /Lactancia Artificial (LMP/LA): Consiste en la alimentación que recibe el lactante menor a 6 meses, cuyos volúmenes de lactancia materna y lactancia artificial se distribuyen de distintas formas durante el día. Incluye en este indicador la Lactancia Materna Predominante (entre 50% y 90% de lactancia materna) y Fórmula Predominante (entre un 10% y 49,9% de lactancia materna). No incluye la administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Lactancia Artificial (LA): Consiste en la alimentación que recibe el lactante menor de 6 meses exclusivamente de fórmula láctea o cuyo porcentaje de lactancia materna sea menor al 10%. No incluye la administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Lactancia materna más sólidos: Consiste en la alimentación que recibe el lactante mayor de 6 meses con ingesta exclusiva de Lactancia Materna (como aporte lácteo) y complementaria con sólidos (independientemente que sea almuerzo solamente o almuerzo y cena).

Definiciones operacionales ♥:

En esta sección, se registra el tipo de alimentación láctea presente en los menores que asisten a control programático del 1°, 3°, 6°, 12° y 24° meses de edad, segregados por sexo.

Reglas de consistencia ♥:

R.1: Los niños(as) registrados en el control del 12º y 24º mes con lactancia materna más sólidos, deben ser menor o igual a los niños(as) registrados en "menores controlados" de la misma edad.

R.2: Los niños que reciban leche artificial más sólidos no deben registrarse en el REM.

R.3: Los prematuros declarados, deben ser considerados de acuerdo a la edad corregida.

Sección A.6: Resultado Tamizaje de Detección de Problemas de Salud Mental

Definiciones conceptuales:

El tamizaje a utilizar será el "Cuestionario Pedriátrico de Síntomas" (PSC) cuya finalidad es detectar problemas salud mental y está diseñado para ser contestado por los padres de los niños.

Definiciones operacionales:

En esta sección se debe registrar el número total de aplicaciones del PSC, realizadas para la detección de trastornos de la salud mental, por resultado obtenido y desglosado por grupo de edad de 6 a 9 años y de 10 a 14 años, según sexo.

Regla de consistencia:

R.1: Esta sección no requiere reglas de consistencia.

Sección B: Evaluación, aplicación y resultados de escalas en la mujer

Sección B.1: Evaluación del estado nutricional a mujeres controladas al octavo mes post parto

Definiciones conceptuales :

Evaluación antropométrica realizada por cualquier profesional del equipo de salud (Matrona, Nutricionista o Enfermera), según sea la actividad o intervención que se esté realizando en dicho momento (control sano del niño/a, control post parto, consejería, etc.), que permita incorporar esta acción.

Se clasifican en Normal, Bajo Peso, Sobrepeso u Obesa de acuerdo a IMC y se efectúa al 8º mes post parto para evaluar el impacto de las intervenciones previas.

Definiciones operacionales :

Se debe registrar el número de mujeres controladas al octavo mes post-parto y clasificada según estado nutricional, Obesa, Sobrepeso, Normal y Bajo Peso.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.2: Aplicación de Escala según Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada a Gestantes

Definiciones conceptuales :

Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA): Es una pauta de evaluación que se aplica a la gestante en el primer control de embarazo, para la detección de factores de riesgo psicosocial.

De acuerdo al resultado de esta evaluación, se deben realizar derivación al equipo de cabecera correspondiente, estos es, al equipo de salud multidisciplinario a cargo de la atención integral, personalizada y continua a la población en todas las etapas del ciclo vital, con énfasis en aspectos preventivos, de promoción y apoyo con la red social. Generalmente, están organizados por Enfermeras, Matronas, Técnicos Paramédicos, Asistentes Sociales y Médicos.

Definiciones operacionales :

Se registra el número total de aplicaciones de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) realizadas a gestantes en el primer control y se especifica, de dicho total, cuantas presentaron criterio de riesgo y cuantas finalmente fueron derivadas a sus equipos de cabeceras.

Regla de consistencia :

R.1: El total de evaluaciones aplicadas puede ser igual o mayor a las detectadas con riesgo y/o derivadas a los equipos de cabecera

Sección B.3: Aplicación de Escala Edimburgo a gestantes y mujeres post parto

Definiciones conceptuales :

Se refiere a un test de evaluación cuya finalidad es la detección de los signos tempranos de la depresión durante la gestación, aplicado durante su primer control prenatal y en el post parto en la madre ya sea durante el control de salud de niño sano en el 2° y 6° mes de vida.

Definiciones operacionales :

“Evaluación a gestantes – primera evaluación”: Se registra el total de las evaluaciones aplicadas en el 2° control prental y aquellas que presentan puntuación elevada según escala de puntuación observada.

“Evaluación a gestantes – reevaluación”: Se registra el total de evaluaciones aplicadas en segunda instancia a gestantes que presentan puntaje elevado en la primera evaluación y aquellas que mantienen puntaje de riesgo según escala de puntuación observada.

“Evaluación a mujeres post parto sintomas de depresión – a los 2 meses”: Se registra el total de evaluaciones aplicadas en el control sano del niño o niña del 2° mes y aquellas que presentan puntuación elevada según escala de puntuación observada.

“Evaluación a mujeres post parto sintomas de depresión – a los 6 meses”: Se registra el total de evaluaciones aplicadas en el control sano del niño o niña del 6° mes y aquellas que presentan puntuación elevada según escala de puntuación observada.

Regla de consistencia :

R.1: El total de evaluaciones declaradas debe ser igual o mayor a las registradas con puntuación elevada.

Sección C: Resultados de la evaluación del estado nutricional del adolescente con control de salud integral

Definiciones conceptuales :

La evaluación del estado nutricional, forma parte de la evaluación del control de salud integral adolescente y debe ser más exhaustiva frente a mal nutrición por déficit o exceso, embarazo, práctica de deportes competitivos, presencia de patologías crónicas o la sospecha de trastornos de la conducta alimentaria, entre otros casos.

Las categorías del estado nutricional del adolescente según Índice de Masa Corporal (IMC) se clasifican en: Normal, Bajo Peso, Sobre Peso, Obeso y Obeso Severo.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de adolescentes controlados clasificados por categorías de estado Nutricional según IMC, desagregado por sexo y rango de edad.

Regla de consistencia :

R.1: Esta sección no requiere reglas de consistencia.

Seccion D: Otras Evaluaciones, aplicaciones y resultados de escalas en todas las edades

Sección D.1: Aplicación de instrumento e intervenciones breves por patrón de consumo alcohol y otras sustancias (Programa DIR ex Programa Vida Sana alcohol)

Definiciones conceptuales :

Corresponde a una evaluación breve del patrón de consumo de alcohol y otras sustancias del consultante, que se aplica a través de los siguientes instrumentos:

AUDIT: El cual puede ser aplicado dentro del EMP o fuera de él a población mayor de 15 años. Existen dos formas de aplicar este instrumento: AUDIT-C (test abreviado de 3 primeras preguntas del AUDIT completo) y AUDIT completo cuando corresponde (test completo, cuando el AUDIT-C ha detectado “consumo de riesgo”).

ASSIST: Es un cuestionario que consta de ocho preguntas y permite detectar las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas), alucinógenos, opiáceos, otras drogas.

Este instrumeno puede ser administrado por los profesionales de la Atención Primaria de Salud y por cualquier otro profesional de la salud que se encuentre ante personas en las que se detecta consumo de alcohol, tabaco y sustancias. Es aplicable a población mayor de 19 años.

CRAFFT: Es un instrumento de tamizaje validado en Chile para adolescentes entre 14 y 18 años, pero podría ser utilizada como estrategia de intervención en personas incluso menores de 14 años. Esta es una herramienta recomendada por el comité sobre abuso de sustancias de la academia americana de pediatría, para la detección de adolescentes y jóvenes del consumo de riesgo de alcohol y otros trastornos por consumo de drogas. Puede ser completado por el mismo adolescente durante la entrevista con el profesional o en mientras se encuentra en la sala de espera. También puede aplicarlo directamente el profesional.

Los resultados de evaluación se definen según el puntaje obtenido según programa DIR y se desglosan en: consumo de bajo riesgo, consumo riesgoso/intermedio, posible consumo perjudicial o dependencia.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de evaluaciones aplicadas con el instrumento AUDIT C o AUDIT, o ASSIST o CRAFFT en relación a sus resultados según categorías obtenido del puntaje que arrojo la evaluación que se otorgan según edad y sexo.

Reglas de consistencia :

R.1: El número total de AUDIT aplicados en EMP diferenciado por grupo de edad y sexo, debe ser consistente con el número total de EMP realizados por grupo de edad y sexo, registrados en REM A02, sección A.

R.2: En el número total de AUDIT aplicados no deben estar incluidos los AUDIT realizados en EMP/EMPAM, ya que son registros excluyentes.

R.3: La suma de los resultados de la evaluación (bajo riesgo, consumo riesgoso/intermedio y posible consumo perjudicial o dependencia), deben ser consistentes con el número de AUDIT y ASSIST/CRAFFT aplicados.

Sección D.2: Resultados de la aplicación de Instrumento de Valoracion de Desempeño en Comunidad (IVADEC-CIF)

Definiciones conceptuales :

El IVADEC – CIF es un Instrumento de Valoración del Desempeño en Comunidad que se compone de un set de preguntas referentes al desempeño en la vida cotidiana que permiten evaluar discapacidad por auto reporte, es decir, las preguntas solo pueden ser respondidas por la persona en situación de discapacidad o, en su defecto, por un acompañante informado.

Origen Físico: Patología física que da origen a la discapacidad, tales como: Síndrome Doloroso de Origen Traumático, Síndrome Doloroso de Origen no Traumático, Artrosis Leve y Moderada de Rodilla y Cadera, Secuela De ACV (AVE), Secuelas de TEC, Secuela TRM, Secuela Quemadura, Enfermedad de Parkinson, Otro Déficit Secundario con Compromiso Neuromuscular en menor de 20 años Congénito, Otro Déficit Secundario con Compromiso Neuromuscular en menor de 20 años adquirido, Otro Déficit Secundario con Compromiso Neuromuscular en mayor de 20 años, otros.

Origen sensorial Visual: Patología sensorial visual que da origen a la discapacidad, tales como: Glaucoma, Cataratas, Retinopatía Diabética, Retinopatía del Prematuro, otras Retinopatías, Vicios de Refracción, Estrabismo, Degeneración Macular, otros.

Origen sensorial Auditivo: Patología sensorial auditivo que da origen a la discapacidad; tales como: Hipoacusia Conductiva Unilateral, Hipoacusia Conductiva Bilateral, Hipoacusia Neurosensorial Unilateral, Hipoacusia Neurosensorial Bilateral y otros.

Origen mental Psíquico: Patología mental psíquica que da origen a la discapacidad; tales como: Depresión, Trastorno Bipolar, Trastornos de Ansiedad, Alzheimer y Otras Demencias, Trastornos Conductuales Asociados a Demencia, Esquizofrenia, Trastornos de la Conducta Alimentaria, otros.

Origen mental Intelectual: Patología mental intelectual que da origen a la discapacidad, tales como: Trastorno Hipercinéticos, de la actividad y de la atención, Retraso Mental, trastorno generalizados del desarrollo, otros.

Origen múltiple: 2 o más patologías que dan origen a la discapacidad.

Evaluación ingreso: IVADEC aplicado al ingreso del usuario.

Evaluación egreso: IVADEC aplicado al egreso del usuario.

Evaluaciones para certificación: IVADEC aplicado como calificación para el sistema de calificación y certificación de discapacidad, para ser presentado a la COMPIN.

Total de evaluaciones: Sumatoria de los IVADEC aplicados por Origen de discapacidad.

Los resultados son como sigue:

El resultado “sin discapacidad”, corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad sin discapacidad.

El resultado “discapacidad leve”, corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad discapacidad leve.

El resultado “discapacidad moderada”, corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad discapacidad moderada.

El resultado “discapacidad severa”, corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad discapacidad severa.

El resultado “discapacidad profunda”, corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad discapacidad profunda.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de evaluaciones aplicadas con el Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad (IVADEC_CIF), en relación a sus resultados según categorías, puntaje e intervenciones que se otorgan según edad y sexo.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D.3: Resultado aplicación GHQ12

Definiciones conceptuales :

El GHQ-12 (General Health Questionaire) es un tamizaje para detectar problemas de salud mental, se recomienda para ser utilizado en todo consultante del sistema de salud de 15 años y más. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: Depresión, Ansiedad, Inadecuación Social e Hipocondría.

El instrumento puede ser aplicado en cualquiera de las consultas habituales en APS o auto aplicado por los consultantes en la sala de espera. En este último caso, el consultante entregará el cuestionario respondido al profesional o técnico con quién tiene la hora de consulta o control.

Definiciones conceptuales :

En esta sección corresponde registrar el número de resultados de la aplicación del instrumento de GHQ12, que puede ser Normal o Alterado, según grupo de edad y sexo de las personas a las que se les aplicó el instrumento en el mes del informe.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D.4: Resultado de aplicación de condición de funcionalidad al egreso Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"

Definiciones conceptuales :

El Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes", corresponde a un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, orientado a mejorar la capacidad individual y comunitaria para apoyar a las personas mayores y su red en el proceso de envejecimiento, prolongando su autovalencia.

Timed Up and Go (Levántate y Camina): Es un instrumento valoración funcional que evalúa el riesgo de caída, movilidad y funcionamiento de extremidades inferiores y que permite determinar el riesgo de caídas que presenta la persona.

Se considerará como resultado del Programa, asociado a la aplicación de este instrumento si:

- Mejora: Si obtiene en la aplicación final un tiempo menor al inicial, que modifica su clasificación de riesgo de caída, ubicándolo en una categoría de menor riesgo de caída.

- Mantiene: Si en la aplicación final del instrumento obtiene un tiempo que lo clasifica en la misma categoría de riesgo que en la aplicación inicial del instrumento.

- Disminuye: Si en la aplicación final del instrumento, obtiene un tiempo mayor al inicial, que modifica su clasificación de riesgo de caída, categorizándolo en una posición de mayor riesgo que al comienzo.

Cuestionario de funcionalidad: Corresponde a un conjunto de 10 preguntas realizadas a los participantes sobre su desempeño funcional en actividades cotidianas y la capacidad percibida para realizarlas. El puntaje total del Cuestionario corresponde al resultado de la suma de los resultados obtenidos en cada una de las 10 preguntas. Se considerará como resultado del programa, asociado a la aplicación de este instrumento si:

- Mejora: Disminuye al menos un punto en el puntaje total obtenido en la aplicación del cuestionario de egreso, comparado con el puntaje total obtenido en la aplicación del cuestionario de ingreso.

- Mantiene: Obtiene igual puntaje total en la aplicación del cuestionario de egreso comparado con la aplicación del cuestionario de ingreso.

- Disminuye: Aumenta al menos un punto en el puntaje total obtenido en el cuestionario de egreso, comparado con el puntaje total obtenido el cuestionario de ingreso.

Definiciones operacionales :

En esta sección se registra la variación funcional resultante de las mediciones iniciales y finales realizadas con los instrumentos Timed up and Go (TUG) y el Cuestionario de Funcionalidad, según resultado (Mejora, Mantiene o Disminuye), desglosado en grupo de edad y sexo de las personas que fueron evaluadas.

Reglas de consistencia :

R.1: El número de TUG y Cuestionarios aplicados por rango de edad y sexo debe ser igual.

Sección D.5: Variación de resultados de aplicación del Índice de Barthel entre el ingreso y egreso hospitalario

Definiciones conceptuales :

El índice Barthel es un cuestionario de funcionalidad que es aplicado por profesional Enfermero(a), al ingreso y egreso de una hospitalización y que entrega como resultado, asociado a la aplicación de este instrumento, los siguientes conceptos:

Mejora: Sube categoría en el Índice de Barthel al comparar resultado de evaluación al egreso, respecto del ingreso, utilizando la misma escala se Barthel.

Mantiene: Se mantiene en la misma categoría al comparar resultados del Índice de Barthel al egreso, con respecto del ingreso.

Disminuye: Baja de categoría en el Índice de Barthel al comparar resultados de evaluación al egreso, respecto del ingreso utilizando la misma escala de Barthel.

Definiciones operacionales :

Se deben registrar las aplicaciones del Índice Barthel realizadas en el período, por profesional Enfermero(a), por grupos de edad definidos y sexo correspondiente.

El resultado que se consigna es la comparación del Índice de Barthel aplicado al ingreso y egreso de la hospitalización.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D.6: Aplicación de Escala ZARIT abreviado en cuidadores de personas con dependencia severa

Definiciones conceptuales :

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit Abreviado (EZA): Instrumento que mide el grado de sobrecarga de un cuidador de personas en condición de dependencia, consta de sólo 7 ítems de la Escala Zarit original (que contempla 22). Cada ítem ostenta un puntaje entre 1-5 puntos, presentando un máximo de 35. El objetivo de aplicación de este instrumento es determinar la sobrecarga intensa del cuidador.

Definiciones operacionales :

Se registra a los cuidadores evaluados con Escala Zarit Abreviada (EZA) y se específica su resultado con la categorización de sobrecarga en las celdas designadas para esto.

La lectura del puntaje es la siguiente:

- A mayor puntaje mayor sobrecarga del cuidador
- Se puntúa entre 1 y 5 puntos

El punto de corte es 17 puntos para determinar si presenta sobrecarga intensa o sin sobrecarga. Cabe destacar que este instrumento no distingue sobrecarga ligera de sin sobrecarga, residiendo su utilidad en determinar sobrecarga intensa.

Cuidadora(o) con sobrecarga intensa: Cuidador/a, que a la aplicación de la EZA obtienen en la sumatoria del puntaje un número mayor a 17 puntos.

Cuidadora(o) sin sobrecarga intensa: Cuidador/a, que a la aplicación de la EZA obtienen en la sumatoria del puntaje un número menor a 17 puntos.

Total Cuidadores Evaluados con instrumento Zarit: Este número corresponde a la sumatoria de cuidadores con sobrecarga intensa y cuidadores sin sobrecarga intensa.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D.7: Aplicación y resultados de Pauta de Evaluación con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO)

Definiciones conceptuales:

La pauta de Evaluación con Enfoque de Riesgo Odontológico, corresponde a una herramienta de tamizaje aplicada por el Odontólogo(a) a todos los niños y niñas menores de 6 años que se encuentran en control. Se aplica en los centros de salud primarios en forma anual. De acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes la pauta arroja como resultado dos categorizaciones de riesgo: Alto y Bajo.

Evaluación de Riesgo:

Bajo Riesgo: Corresponde a niños y niñas menores de 6 años que luego de aplicar la pauta obtienen una categorización correspondiente a bajo riesgo.

Alto Riesgo: Corresponde a niños y niñas menores de 6 años que luego de aplicar la pauta obtienen una categorización correspondiente a alto riesgo.

Total: Sumatoria de pautas con bajo y alto riesgo aplicadas.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registra el número total de pautas realizadas con enfoque de riesgo odontológico categorizadas en alto y bajo riesgo, las cuales se desglosan por edad y sexo de niñas y niños evaluados. El registro debe ser uno por cada niño o niña menor de 6 años por año calendario.

Regla de consistencia:

R.1: El total de pautas aplicadas debe coincidir con el total de registros ceod del REM A09 sección C en menores de 6 años.

REM-A04: Consultas y Otras Atenciones

Este REM tiene como enfoque informar las actividades realizadas en salud, tanto de profesionales Médicos, como no Médicos a usuarios desde la resolución de problemas de salud presentes en la población beneficiaria, pertenecientes a pueblos originarios y/o en condición de migrantes atendida en los establecimientos de APS.

Secciones del REM-A04

Sección A: **Consultas médicas.**

Sección B: **Consultas de profesionales no médicos.**

Sección C: **Consultas de anticoncepción de emergencia.**

Sección D: **Consultas en horario continuado.**

Sección E: **Consultas de morbilidad solicitadas y rechazadas dentro de las 48 hrs. de solicitada la atención.**

Sección F: **Consulta abreviada.**

Sección G: **Atención de medicina indígena asociada al Programa Especial de Salud y Pueblos Originarios.**

Sección H: **Intervención individual del usuario en Programa Vida Sana.**

Sección I: **Servicios farmacéuticos.**

Sección J: **Despacho de recetas de pacientes ambulatorios.**

Sección K: **Rondas por tipo y profesional.**

Sección L: **Clasificación de consulta nutricional por grupo de edad.**

Sección M: **Consulta de lactancia materna en menores controlados.**

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A.04

Sección A: Consultas médicas

Definiciones conceptuales:

Es la atención profesional otorgada por el Médico, que incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla.

Las patologías descritas incluyen:

Infección Respiratoria Aguda (IRA) Alta: Rinofaringitis, Resfrío Común, Faringitis, Adenoiditis, Rinitis Aguda, Rinitis Purulenta, Rinosinusitis-Sinusitis, Virosis Respiratoria, Faringoamigdalitis, Amigdalitis Aguda, Amigdalitis Pultácea, Absceso Amigdalino, Otitis Media Aguda, Otitis Catarral, Faringootitis, Rinofaringootitis, Otitis Supurada, Mastoiditis.

Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO): Síndrome Bronquial Obstructivo, Síndrome Bronquial Obstructivo Agudo, Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente, Bronquitis Obstructiva Recurrente, Bronquitis Obstructiva, Bronquiolitis.

Neumonía: Bronconeumonía, Neumonía, Síndrome Neumónico, Neuropatía Aguda.

Otras respiratorias: Incluye todas las otras patologías de carácter respiratorio no incluidas en los puntos anteriores.

Obstétricas: Atención Médica proporcionada otorgada a la mujer por alguna patología, (o sospecha de esta) durante el embarazo.

Ginecológica: Atención proporcionada a la mujer en sus distintas etapas de desarrollo (niña, adolescente y adulta) que presenta una patología propiamente tal, o morbilidad dependiente del uso de algún método de paternidad responsable.

Ginecológica por Infertilidad: Atención proporcionada que comprende evaluación, diagnóstico, determinación y ejecución de acciones de acuerdo al diagnóstico, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Se incluyen en ellas aquellas consultas de seguimiento y/o de apoyo diagnóstico.

Infección Transmisión Sexual: Es la atención profesional otorgada por el Médico, en que se sospeche ITS o se realice diagnóstico de una ITS.

VIH-SIDA: Es la atención de salud proporcionada por Médico, en que se sospecha infección por VIH o alguna de las patologías asociadas al SIDA, con o sin solicitud de examen VIH. Se excluyen las atenciones de salud realizadas a personas con diagnóstico conocido de VIH/SIDA, y que el motivo que origina esta consulta, no está relacionado con infección por VIH.

Salud Mental: Corresponde a la atenciones Médicas que se realizan por sopecha de trastornos de la Salud Mental, para ser derivados a programa según pertinencia.

Otras morbilidades: Corresponde a las atenciones realizadas por otras causas no detalladas en los tipos de consultas anteriormente descritos.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de consultas realizadas por profesional médico, desagregados según diagnóstico, grupo de edad, sexo de las personas atendidas.

Se incluyen además los registros correspondientes al total usuarios que son beneficiarios,con identificación de pueblos originarios y situación de migrantes, atendidos por edad y sexo en cada tipo de consulta descrita.

Reglas de consistencia :

R.1: El total de beneficiarios, pueblos originarios y migrantes declarados debe ser igual o menor al total de atenciones registradas por edad y sexo.

Sección B: Consultas de profesionales no Médicos

Definiciones conceptuales:

Es la atención otorgada por un profesional, definidas de la siguiente manera:

Consulta de Enfermera(o): Es la atención proporcionada por el profesional que comprende: Evaluación, diagnóstico de enfermería, determinación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo al plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad.

Consulta de Matrón(a): Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología ginecológica (morbilidad ginecológica).

Consulta de Matrón(a) (ITS): Es la atención proporcionada a la mujer y su pareja para prevenir la aparición de Infecciones de Transmisión Sexual, que comprende evaluación, diagnóstico, determinación y ejecución de acciones de acuerdo al diagnóstico, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad.

Consulta de Matrón(a) (infertilidad): Atención proporcionada que comprende evaluación, diagnóstico, determinación y ejecución de acciones de acuerdo al diagnóstico, registro.

Consulta de Matrón(a) (otras consultas): Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología obstétrica, por anticoncepción de emergencia o por otras patologías asociadas a la mujer, que no sea ginecológica, de ITS o por VIH-SIDA.

Consulta Nutricionista: Es la atención dietética y dieto terapéutica proporcionada por la (el) profesional Nutricionista, a pacientes que presenten alguna alteración de tipo fisiopatológico o nutricional, para modificar o reforzar su alimentación y nutrición. Se incluyen en ella la atención a pacientes con patologías crónicas y/o estado nutricional alterado (Celíacos, Cardiovasculares u otras).

Consulta de Psicólogo(a): Es la atención individual proporcionada por Psicólogo(a), a las personas que requieren de orientación psicológica, o presentan alto riesgo de enfermedad o trastorno de salud mental, pero que NO ha sido ingresado al programa.

Consulta de Fonoaudiólogo(a): Es la atención otorgada a personas que son derivadas, como producto de la existencia de un proceso mórbido o de la detección y necesidad de evaluación, incluye técnicas y procedimientos propios de su profesión.

Consulta de Terapeuta Ocupacional: Es la atención proporcionada, a un paciente derivado por profesional Médico, con el propósito de apoyar su recuperación o rehabilitación, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.

Consulta de Tecnólogo Médico (excluye UAPO): Es la atención individual proporcionada a un paciente que es derivado y que presenta alguna alteración oftalmológica (Cataratas, Retinopatías, Vicios de Refracción, etc.) excluyendo a las unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO).

Consulta de Asistente Social: Es la atención mediante la cual, la Asistente Social establece un diagnóstico de la situación socio familiar con vistas a favorecer el contacto y la relación de ésta con los servicios médicos, orientar en la solución de problemas sociales, coordinar las ayudas y subsidios y otros recursos legales a través de la acción intersectorial.

Definiciones operacionales ⊕:

Se registra el número de consultas realizadas, desagregadas según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, por tipo de consulta y funcionario que realiza la actividad.

En esta sección sólo se incoropora el dato relacionado al total de beneficiarios atendidos, según profesional que realizó la consulta.

Reglas de consistencia ⊕:

R.1: El total de beneficiarios debe ser igual o menor al total de atenciones registradas por edad y sexo, según profesionales.

Sección C: Consultas anticoncepción de emergencia

Definiciones conceptuales :

Es la atención que las mujeres pueden recibir entre los tres a cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado. Incluye prescripción de estos anticonceptivos.

Definiciones operacionales :

Se registra la consulta por anticoncepción de emergencia realizada por Médico y Matrona(ón), según grupo de edad, con y sin entrega de anticonceptivo.

Regla de consistencia :

R.1: Estas consultas deben estar incluidas en las secciones A y B.

Sección D: Consultas en horario continuado

Definiciones conceptuales :

Consiste en garantizar las prestaciones de salud, especialmente en los Consultorios General Urbanos (CGU) y en los Consultorios Generales Rurales (CGR) conforme los horarios establecidos de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas, facilitando el acceso y la continuidad de la atención de salud de toda la población (controles y consultas y/o tratamientos) con una mejor utilización de su capacidad instalada sin desmedro de la atención de salud.

Definiciones operacionales :

Se registras las actividades realizadas en el establecimiento por Médico y otros profesionales, a través del programa de extensión horaria según tipo de jornada, por edad y sexo de los pacientes atendidos.

Regla de consistencia :

R.1: Las consultas registradas en esta sección deben estar incluidas en la secciones A y B respectivamente.

Sección E: Consultas de morbilidad solicitadas y rechazadas dentro de las 48 horas de solicitada la atención

Definición conceptual :

Atención solicitada: Corresponde al número de solicitudes de atención de niño o niña menor de cinco años, adultos mayores (65 y más años) y de embarazadas, en horario normal o extensión horaria.

Rechazo: Es entendido como la no dación de hora en las 48 horas siguientes a la solicitud o no agendamiento de la atención solicitada, en horario normal u horario continuado.

Definición operacional :

Se registra el número de consultas solicitadas y rechazadas dentro de las 48 hrs. de solicitada la atención, por grupo etario y horario de jornadas del establecimiento.

Regla de consistencia :

R.1: En los registros declarados por horario continuado, se debe considerar lo correspondiente a jornadas de sábados, domingos y/o festivos realizados.

Sección F: Consulta abreviada

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la ejecución de acciones destinadas a repetir receta de pacientes crónicos en control en el establecimiento o a la lectura de exámenes. Dicha actividad no es considerada como consulta de morbilidad propiamente tal ya que, por lo general, no existe mediación médica directa y el rendimiento de ésta es de 12 consultas por hora Médico.

Definiciones operacionales :

Se registra el total de las consultas abreviadas realizadas por profesional Médico y/o Matrón(a), durante el mes informado.

Regla de consistencia :

R.1: Estas consultas abreviadas, no debe estar incluidas en sección A.

Sección G: Atenciones de medicina indígena asociada al Programa Especial de Salud y Pueblos Originarios

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la atención realizada por especialistas o sanadores de los sistemas médicos de los diferentes pueblos indígenas, que cuentan con un lugar físico acondicionado para realizar este tipo de atención.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de atenciones efectuadas por agentes de medicina indígena, diferenciado por usuarios pertenecientes a pueblos originarios de aquellos usuarios que no corresponden a pueblos originarios.

Regla de consistencia :

R.1: No se incluyen las atenciones efectuadas por estos agentes, que sean realizados en espacios fuera del establecimiento de salud, como por ejemplo “rucas”.

Sección H: Intervención individual del usuario en Programa Vida Sana

Definiciones conceptuales:

Este programa pretende fortalecer la intervención en factores de riesgo para Enfermedades No Trasmisibles (ENT), potenciando actividades a través de un equipo interdisciplinario cuyo eje son las personas y entornos comunitarios en los que habitan.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de atenciones efectuadas por profesional Médico, Nutricionista y/o Psicólogo, según tipo de consulta, edad y sexo de los pacientes.

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección I: Servicios farmaceúticos

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las actividades que se realizan tanto en atención abierta como en atención cerrada, que tienen relación con los servicios farmacéuticos. Dentro de ellas se encuentran las notificaciones de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) y la atención farmacéutica.

Reporte de Reacción Adversa a Medicamentos: Línea destinada al registro de las notificaciones de sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos(RAM) enviadas al Instituto de Salud Pública (ISP). Esta acción será llevada a cabo por el encargado de fármaco vigilancia del establecimiento o de parte de los profesionales de la salud de forma espontánea.

Atención farmacéutica: Es la atención profesional otorgada por el químico farmacéutico, a un paciente en un lugar destinado para esos fines en cualquier nivel de atención. Esta prestación incluye seguimiento fármaco terapéutico, detección de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), resolución de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), consejería, determinación de plan de acción sistematizado y documentado con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y obtener resultados precisos que mejoren o mantengan la calidad de vida del paciente.

Definiciones operacionales:

Reporte de Reacción Adversa a Medicamentos: Se registran los reportes realizados y que son efectivamente enviados al ISP.

Atenciones farmacéuticas: Se registra la atención que el químico farmacéutico otorga a un paciente, en un box u otra sala habilitada para ello esto para establecimientos de APS o nivel secundario, para este último hay que diferenciar las actividades realizadas en espacio de atención abierto o cerrada.

Regla de consistencia: Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección J: Despacho de recetas de pacientes ambulatorios :

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la entrega de fármacos realizada a usuarios en atención ambulatoria, por morbilidad o crónico

Recetas despachadas: Corresponde a aquellas recetas recepcionadas en la unidad de farmacia o en la unidad de dISPensación cuando corresponda

Despacho total: Corresponde al total de recetas despachadas en su totalidad, (completitud de la prescripción).

Despacho parcial: Corresponde a aquellas recetas en que se despacharon sólo alguno de los medicamentos incluidos o dosis fraccionda de acuerdo a lo indicado por el profesional.

Prescripciones solicitadas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica.

Prescripciones rechazadas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica que no se encuentra dISPonible en la sección farmacia del establecimiento en el momento de ser solicitada.

Recetas despachadas con oportunidad (entregado el mismo día): Se entenderá por receta despachada de manera total y oportuna, a toda receta que es solicitada en farmacia, que se despacha en todas las prescripciones, en las dosis, cantidades indicadas y se entrega el mismo día, y al momento en que el usuario solicita la entrega.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar el número total de recetas despachadas, ya sea en su totalidad y parcial, según la clasificación de crónicos y morbilidad general.

En despacho parcial se deben registrar el número de recetas que no despacharon todas las prescripciones señaladas por el profesional autorizado. Se deben excluir del registro aquellos medicamentos con despacho parcial que cuentan con el respaldo de alguna norma ministerial o local, que justifica desabastecimiento.

Los métodos Anticonceptivos (incluye los métodos hormonales y no hormonales: T de Cobre, y preservativos), corresponde registrarlos como morbilidad general.

Los medicamentos que deben considerarse en la receta son los contenidos en el arsenal farmacológico vigente para el correspondiente nivel de atención y aquellos medicamentos con garantía en la atención (si aún no han sido incorporados al arsenal respectivo).

Regla de consistencia :

R.1: Prescripciones solicitadas / prescripciones rechazadas: Esta indicación no debe aplicar para los Servicios de Urgencia Hospitalarios o Servicio Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

Sección K: Rondas por tipo y profesional

Definición conceptual :

Corresponde al traslado programado de un equipo de salud que concurre periódicamente a un establecimiento de Salud Rural, para efectuar atención integral.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar el número de rondas que realiza el equipo de salud, según recursos, desglosadas por tipo de traslado: terrestre, aéreo o marítimo y por tipo de profesional que participa en las rondas.

La columna compra de servicios - número de traslado, corresponde al registro de los traslados realizados para cada ronda, bajo la modadlidad de compra de servicios, este dato no necesariamemte coincidirá con el número de rondas realizadas.

Regla de consistencia :

R.1: El total declarado de rondas puede ser igual o menor al total de profesionales que participaron en las rondas.

Sección L: Clasificación de consulta nutricional por grupo de edad

Definiciones conceptuales :

Es la atención dietética y dieto terapéutica proporcionada por la (el) profesional Nutricionista, a pacientes que presenten alguna alteración de tipo fisiopatológico o nutricional, para modificar o reforzar su alimentación y nutrición. Se incluyen en ella la atención a pacientes con patologías crónicas y/o estado nutricional alterado (Celiacos, Cardiovasculares u otras).

Definiciones operacionales :

Se registran las atenciones nutricionales declaradas en al sección B, segregadas por diagnóstico nutricional, sexo y grupo etario.

Mal nutrición por Déficit: Corresponde a las atenciones realizadas a usuarios con Riesgo de Desnutrir, Desnutrición o Bajo Peso.

Mal nutrición por Exceso: Corresponde a las atenciones realizadas a usuarios con Sobrepeso u Obesidad.

Estado nutricional Normal: Corresponde a las atenciones realizadas a usuarios declarados en la sección B con alguna condición fisiológica determinada y estado nutricional normal.

Regla de consistencia :

R.1: El total de usuarios de ambos sexos declarados, no puede ser mayor que el total de ambos sexos atendidos por Nutricionista, declarados en la sección B.

Sección M: Consulta de lactancia materna en menores controlados

Definiciones conceptuales :

Consulta de alerta: Consulta espontánea requerida por la madre o su familia, o indicada por profesionales de salud o referida por un funcionario del centro de salud, la cual es considerada como una atención de resolución inmediata o mediata (dentro de un plazo máximo de 2 hrs), y que requiere una oportuna, específica y personalizada atención en el centro de salud.

Consulta de seguimiento: Actividad planificada con la madre y la familia, desarrollada después de la atención de alerta o control de seguimiento previo, la cual tiene por objetivo continuar con el apoyo y vigilancia de la técnica de amamantamiento y evaluación pondoestatural.

Consejería: Actividad de promoción de la lactancia materna en el contexto del control de salud del niño, niña o diada, donde no se visualizan problemáticas asociadas al técnica de amamantamiento o crecimiento pondoestural del/de la niño(a); donde se fomenta el espacio para responder consultas particulares o al desarrollo de guias anticipatorias.

Definiciones operacionales :

Corresponde al registro agrupado de las actividades realizadas a usuarios en forma individual o grupal, por sexo y grupo etario, asi como al registro de las actividades realizadas a los usuarios por estamento, según y grupo etario.

- De 0 a 29 días.
- De 1 mes a 2 meses 29 días.
- De 3 meses a 5 meses 29 días.
- De 6 meses a 11 meses 29 dias.
- De 1 año a 2 años.

Regla de consistencia :

R.1: Excluye sección B.

REM-A05: Ingresos y Egresos por Condición y Problemas de Salud

Las atenciones en salud tienen como principal objetivo el poder identificar en forma precoz, diferentes situaciones consideradas de riesgo durante el ciclo vital de las personas, con el fin de poder intervenir en ellos, ya sea desde el ámbito de prevenir la aparición de enfermedades, como también para recuperar la salud cuando estos ya están presentes. En este REM se canaliza la información relacionada con los programas a los cuales se ingresan y egresan los usuarios para lograr estos objetivos de salud presentes en la población que además puedan presentar factores de riesgo por víctima de violencia de género, ser pertenecientes a pueblos originarios y/o en condición de migrantes atendida en los establecimientos de APS y nivel secundario. Por lo anterior, se definen las siguientes secciones:

Secciones del REM-A05

Sección A: **Ingresos de gestantes a Programa Prenatal.**

Sección B: **Ingresos de gestantes con patología de Alto Riesgo Obstétrico a la Unidad de ARO (Nivel Secundario).**

Sección C: **Ingresos a Programa de Regulación de Fertilidad, según edad.**

Sección D: **Ingresos a Programa Control de Climaterio.**

Sección E: **Ingresos a control de salud de recién nacidos.**

Sección F: **Ingresos y egresos a sala de estimulación en el Centro de Salud.**

Sección G: **Ingresos de niños y niñas con necesidades especiales de baja complejidad a control de salud infantil en APS.**

Sección H: **Ingresos al Programa de Salud Cardiovascular.**

Sección I: **Egresos del Programa de Salud Cardiovascular.**

Sección J: **Ingresos y egresos al Programa de Pacientes con Dependencia Leve, Moderada y Severa.**

Sección K: **Ingresos al Programa del Adulto Mayor según condición de funcionalidad y dependencia.**

Sección L: **Egresos al Programa del Adulto Mayor según condición de funcionalidad y dependencia.**

Sección M: **Ingresos y egresos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.**

Sección N: **Ingresos al programa de salud mental en APS/Especialidad.**

Sección O: **Egresos del programa de salud mental por altas clínicas en APS/especialidad.**

Sección P: **Ingresos y egresos al componente de alcohol y drogas en APS.**

Sección Q: **Programa de Rehabilitación.**

Sección R: **Ingresos y egresos a programa Infección por Transmisión Sexual.**

Sección S: **Ingresos y egresos a programa de VIH/SIDA.**

Sección T: **Ingresos y egresos por comercio sexual.**

Sección U: **Ingresos y egresos programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria.**

Definiciones Conceptuales y Operacionales Secciones del REM-A05

Sección A: Ingresos de gestantes a Programa Prenatal

Definiciones conceptuales:

Gestantes ingresadas: Corresponde a las gestantes que ingresan a control prenatal, (realizado por profesional Médico, Matrón(a) o Enfermera Matrona) sin importar las semanas gestacionales.

Primigestas ingresadas: Corresponde a las mujeres que con un primer embarazo ingresan a control prenatal en APS.

Gestantes ingresadas antes de las 14 semanas: Corresponde a las gestantes con menos de 14 semanas de gestación que ingresan a control prenatal en APS.

Gestantes con ecografía antes de las 20 semanas: Corresponde a las gestantes a las que se les ha realizado ecografía examen ultrasonográfico antes de las 20 semanas de gestación, ya sea durante el control o que ingrese con el examen tomado.

Gestante con embarazo no planificado: Corresponde a las gestantes que ingresan a control prenatal en un establecimiento con nivel primario de atención.

Total de gestantes con examen de Chagas realizado: Corresponde a las gestantes que cuentan con el resultado del examen de Chagas informado y registrado en la ficha correspondiente.

Definiciones operacionales :

En esta sección se registran los ingresos gestacionales previamente definidos, desagregados por grupo etario y en el caso que exista, según condición de violencia de género, pueblo originario y/o situación de migrante asociada.

No se deben registrar los ingresos/egresos por traslados desde/hacia otros establecimientos. Por ser un movimiento poblacional de carácter administrativo (por ejemplo: la gestante ya pertenece al programa prenatal al ingresar por primera vez a control), se debe llevar registro local para que el establecimiento cuente con el respaldo correspondiente.

Reglas de consistencia :

R.1: Los ingresos de gestantes primigestas y las gestantes con menos de 14 semanas de gestación, deben estar incluidas en "Total Gestantes Ingresadas".

R.2: En ingresos de gestantes con ecografía antes de las 20 de semanas de gestación, NO se deben incluir las gestantes con ecografía realizada en el sector privado o desde otro establecimiento de la red.

R.3: El total de gestantes ingresadas a programa debe ser igual al total de aplicaciones de Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviadas a Gestantes registradas en REM A03, sección B.2

Sección B: Ingresos de gestantes con patología de Alto Riesgo Obstétrico a la unidad de ARO

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las gestantes derivadas desde nivel primario, que ingresan a control Prenatal en las Unidades de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) en el nivel secundario, según las patologías definidas por dicho Programa. Las patologías por las que ingresan las gestantes a este nivel son: Preeclampsia (PE), Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE), factores de riesgo y condicionantes de Parto Prematuro, Retardo Crecimiento Intrauterino (RCIU), SÍFILIS, VIH, Diabetes, Cesárea anterior, Malformación Congénita y otras patologías del embarazo (Hipertensión Crónica, Nefropatía, Cardiopatía, Polihidroamnios, etc.).

Definiciones operacionales :

Se registra a las mujeres que ingresan a control prenatal a las unidades de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), derivado por las patologías señaladas en el programa y en el caso que exista, según condición de violencia de género, pueblo originario y/o situación de migrante asociada.

Regla de consistencia :

R.1: El número de gestantes ingresadas a ARO debe ser menor o igual a la suma de los ingresos por patologías, ya que una gestante puede tener más de una patología.

Sección C: Ingresos a Programa de Regulación de Fertilidad

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las personas que ingresan al programa de Regulación de Fertilidad, y acceden a diferentes métodos anticonceptivos, con el fin de lograr una adecuada salud reproductiva. Éstos métodos se clasifican en:

Dispositivo Intra Uterino (DIU) de cobre, Dispositivo Intra Uterino (DIU) Medicado, Hormonal (oral combinado y Progestágeno, Inyectable Combinado y Progestágeno e Implante) y Preservativo (mujer y hombre).

Método de regulación de fertilidad más Preservativo: Corresponde a las personas que acceden a algún método anticonceptivo además del Preservativos, con el fin de lograr una mayor efectividad reduciendo la mortalidad materna-perinatal , el embarazo no planificado y prevención de Infecciones Transmisión Sexual (ITS).

Definiciones operacionales :

Se registra el número de personas que ingresan al programa de regulación de fertilidad, según método anticonceptivo, edad y sexo de las personas que ingresan. La entrega de preservativos a hombres y mujeres son de uso masculino.

Reglas de consistencia :

R.1: El total de regulación de fertilidad el total considera la suma de filas 35 a 43, excluyendo el método de Regulacion de Fertilidad más Preservativo (C44).

R.2: EL uso total de Preservativos considera la suma de celdas C42 a C44**.**

Sección D: Ingresos a Programa Control de Climaterio

Definiciones conceptuales :

Corresponde al ingreso que realiza la población femenina climatérica de 45 a 64 años, con el objeto de prevenir y detectar precozmente las patologías más frecuentes en este período del ciclo vital de la mujer identificadas a través de pauta MRS , mejorando su calidad de vida previo al período de la menopausia.

Definiciones operacionales :

Se registra el número total de mujeres de 45 a 64 años que ingresan por primera vez al programa de control climaterio.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Ingresos a control de salud de Recién Nacidos

Definiciones conceptuales:

Corresponde al ingreso dede niños y niñas menores de 28 a control de niño(a) sano(a) en establecimientos de nivel primario de atención (por profesional Enfermera, Médico, Matrona y Enfermera Matrona). El ingreso del recién nacido debe ser idealmente en control de salud dentro de los 10 primeros días de vida como "Control de la Díada Madre-Hijo(a)".

Definiciones operacionales:

Se registra el número de niños y niñas menores de 28 días que ingresan a control niño(a) sano(a) en establecimientos de nivel primario de atención.

Regla de consistencia:

R.1: Los ingresos de recién nacidos debe ser mayor (para el caso de gemelos, mellizos, trillizos, etc.) o igual a la suma de los controles de salud de puérpera con recién nacido (menor de 10 días o entre los 11 y 28 días de vida) registrados en REM A01, sección A y los controles de salud en el grupo de edad menor de 1 mes, registrados en sección B del mismo REM.

Sección F: Ingresos y egresos a salas de estimulación en el centro de salud

Definiciones conceptuales:

Correponde a las actividades definidas y realizadas en el REM A03, sección A.3 y que se complementan en esta sección con los ingresos y egresos correspondientes.

Ingresos a sala: Corresponde a los niños y niñas que ingresan por primera vez a la sala de estimulación del establecimiento, que como resultado de la Evaluación de Desarrolllo Sicomotor (realizado sólo por Enfermera) se detectó condición de rezago, riesgo o retraso u otra vulnerabilidad biopsicosocial que podría afectar su normal desarrollo. Se clasifican en: Normal con Rezago, Riesgo, Retraso, en Situación de Discapacidad u otra Vulnerabilidad.

Egreso y resultados de la reevaluación: Corresponde a los egresos de niños y niñas atendidos en la sala de estimulación. Se clasifican en

- Cumplimiento de tratamiento (Alta): Corresponde a los egresos de niños y niñas a los cuales se les realiza a totalidad el plan de trabajo elaborado en sala de estimulación al ingreso.

- Abandono: Corresponde a los egresos de niños y niñas que cumplen con el plazo máximo de inasistencia a sesiones planificadas en sala de estimulación, y que tras las gestiones de recuperación no se reincorporan.

- Otros: Corresponde a los egresos de niños y niñas por otros motivos, distintos a los anteriores.

La evaluación post cumplimiento del tratamiento: La realiza un profesional distinto al que lo atendió en la sala; los resultados de evaluación pueden ser:

- Recuperados: Son todos los egresos de niños y niñas que cumplieron tratamiento y que al ser reevaluados con test de desarrollo psicomotor, obtienen un puntaje global y de cada sub pruebas/áreas dentro de la categoría Normal.

- No Recuperados: Son todos los egresos de niños y niñas que cumplieron su tratamiento y que al ser reevaluados con test de desarrollo psicomotor, obtienen un puntaje global y/o de cada sub pruebas/áreas por debajo de lo esperado para su edad.

Definiciones operacionales :

Se deben registrar los ingresos y/o egresos a salas de estimulación en el centro de salud, según motivo, y resultados de las reevaluaciones de aquellos que cumplieron tratamiento.

Reglas de consistencia :

R.1: Los ingresos a salas de estimulación en el centro de salud, según clasificación y edad no deben ser mayor a los niños(as) derivados a alguna modalidad de estimulación registrados en el REM A03, sección A3.

R.2: En el caso que los niños(as) sean derivados a estimulación y por alguna razón no ingresaron a la sala de estimulación del centro de salud en el mes del informe, ya sea por dISPonibilidad de agenda, inasistencia del niño(a) a la hora solicitada, no se solicitó hora durante el mismo mes, porque la derivación fue el último día del mes, por lo tanto ingresó al mes siguiente, porque las postas derivan a todos los niños(a) a la misma sala de estimulación, etc. deberán ser registrados de igual forma en las secciones de REM A03 y REM A05 correspondientes, y justificar en la hoja “Control”, los motivos por los cuales permanecen los mensajes de error en los respectivos REM.

Sección G: Ingreso de Niños y Niñas con Necesidades Especiales de Baja Complejidad

Definiciones conceptuales :

Se denomina a los niños y niñas con "Necesidades Especiales de Atención" (NANEAS), aquellos que por su condición actual de salud requieren un número mayor de tiempo de duración en la atención, mayor frecuencia de los controles y un fuerte componente de apoyo a la familia y vinculación de las redes de apoyo y recursos comunitarios locales[2] .

Los niños y niñas con necesidades especiales pueden ser atendidos por un equipo de salud de APS capacitado, el que tiene un rol privilegiado por la posibilidad de seguimiento, enfoque biopsicosocial, cercanía al domicilio y posibilidad de desarrollar un trabajo con la red comunal.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar los niños(as) de 0 a 9 años con Necesidades Especiales que ingresan al programa.

Regla de consistenica :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección H: Ingresos al Programa de Salud Cardiovascular

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las personas que ingresan a control en el Programa de Salud Cardiovascular de establecimientos con nivel primario de atención (por profesional Médico), con el fin de controlar periódicamente las enfermedades cardiovasculares que padecen.

Ingresos al PSCV: Corresponde al número de personas que ingresan al Programa Cardiovascular, por única vez, independiente que padezca más de un criterio de ingreso y se debe registrar por cada una de ellas.

Programa de Salud Cardiovascular: Corresponde a las personas que ingresan a control crónico en APS, por uno o más diagnósticos cardiovasculares: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, antecedentes de enfermedad cardiovascular, Aterosclerótica o Tabaquismo.

---

[2] Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2013, página 147.

2 Norma Administrativa Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL 2013, pág. 52-53

3 Clasificación recomendada por Comité NINEAS Sociedad Chilena de Pediatría.

Definiciones operacionales ♥:

Ingresos al PSCV: Se registra el número de personas que ingresan por pirmera vez al programa por independiente de la cantidad de diagnósticos declarados. El ingreso debe realizarse al contar con todos los resultados de los exámenes aplicados al paciente. Si la persona ya había ingresado por otra patología CV, no se vuelve a declarar.

Programa de Salud Cardiovascular: Se debe registrar la cantidad de patologías que ingresan, independiente a la cantidad de personas que la presentan. Es decir, una persoan puede ingresar por primera vez con dos o más diagnósticos CV.

Reglas de consistencia ♥:

R.1: Si una persona es portadora de dos o más patologías se considera como un sólo ingreso a dicho programa. A modo de ejemplo si un paciente ha sido incorporado al programa por diagnostico HTA, y en un tiempo posterior desarrolla otra patología, no deberá ser ingresado nuevamente al programa, solo a la patología nueva.

R.2: El total de ingresos al PSCV puede ser igual o menor al total por sexo y edad declarado como Programa de Salud Cardiovascular.

Sección I: Egresos del Programa de Salud Cardiovascular ✕

Definiciones conceptuales ✕:

Egresos del PSCV: Corresponde a las personas que terminan o cesan sus atenciones correspondientes a este programa crónico, por alguna de las siguientes causales:

Egresos por traslado: Corresponde a las personas que se trasladan a otro establecimiento de la red, del mismo Servicio de Salud (SS) u otro, para continuar con su tratamiento. Generalmente, se produce por cambio de domicilio.

Egresos por abandono: Corresponde los pacientes que, durante el mes informado, han permanecido inasistentes en el Programa de Salud Cardiovascular por más de 11 meses 29 días, efectuándose en dicho período a lo menos tres acciones de rescate de inasistentes documentadas.

Egresos por fallecimiento: Corresponde a las personas que egresan del programa por fallecimiento, que puede ser por la o las patologías que se estaba tratando o por cualquier otra circunstancia.

Programa de Salud Cardiovascular: Corresponde a las personas que egresan del control crónico en APS, con uno o más diagnósticos cardiovasculares: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, antecedentes de enfermedad cardiovascular, Aterosclerótica o Tabaquismo.

Definiciones operacionales ✕:

Se registran los egresos totales del programa, desglosado por edad, sexo, diagnóstico y causal.

Reglas de consistencia ✕:

R.1: La suma de los egresos por causa debe ser igual al Total de egresos desglosados por edad y sexo.

Sección J: Ingresos y egresos al Programa de Pacientes con Dependencia Leve, Moderada y Severa

Definiciones conceptuales:

Corresponde a ingresos y/o egresos al programa de Pacientes con Dependencia a personas que son controladas y se encuentran en situación de discapacidad Leve, Moderada o Severa física y/o psíquica, reversible o irreversible, con dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Los ingresos se clasifican en pacientes con dependencia Leve, Dependencia Moderada, Dependencia Severa (Oncológicos y no Oncológicos) y dependencia severa con escaras como resultado de la aplicación del Índice de Barthel.

Definiciones operacionales:

Se registran los ingresos y/o egresos al programa por condición de dependencia, según edad y sexo de las personas atendidas.

Las personas que padecen Dependencia Severa con escaras deben estar contenidas en el registro de personas con Dependencia Severa Oncológico o no Oncológico.

En el causal de egresos se registran las causas que produce el egreso del programa, es decir, alta, abandono/traslado, fallecimiento.

Reglas de consistencia:

R.1: El número de dependientes severos con escaras no debe ser mayor que el total de dependientes severos.

Sección K: Ingresos al Programa del Adulto Mayor según condición de funcionalidad y dependencia

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas de 65 y más años que ingresan a control al programa del Adulto Mayor, a los cuales se les aplica el Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM) o Índice de Barthel (instrumento que evalúa la severidad de la dependencia basada en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria de las personas).

La clasificación según condición de funcionalidad es:

Autovalente (sin riesgo): Se considera aquel adulto mayor autovalente con puntaje igual o mayor a 46 puntos en la sección B del EFAM.

Autovalente con riesgo: Se considera aquel adulto mayor autovalente con puntaje igual o menor a 45 puntos en la sección B del EFAM.

Riesgo de dependencia: Es aquel adulto mayor que obtiene el puntaje menor o igual a 42 en la sección A del EFAM. A estos adultos mayores se les debe aplicar un seguimiento bajo la modalidad de gestor de caso.

Dependencia leve: Corresponde al adulto mayor, que al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje mayor o igual a 60 puntos.

Dependencia moderada: Corresponde al adulto mayor, que al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 40 y 55 puntos.

Dependencia grave: Corresponde al adulto mayor, que al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 20 y 35 puntos.

Dependencia total: Corresponde al adulto mayor, que al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje menor a 20 puntos.

Definiciones operacionales :

Todo ingreso deberá ser registrado únicamente según la clasificación de los instrumentos "EFAM" (autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo, riesgo de dependencia) e "Índice de Barthel" (dependencia leve, dependencia moderada, dependencia grave) .

Reglas de consistencia :

R.1: EL resultado del Índice de Barthel, debe ser mayor o igual al total de la evaluación de Barthel mayores 65 años.

R.2: Las personas clasificadas en "riesgo de dependencia" no incluyen el registro de las personas con "dependencia leve o moderada", ya que son registros excluyentes.

Sección L: Egresos al Programa del Adulto Mayor según condición de funcionalidad y dependencia

Definiciones conceptuales

Egresos: Corresponde a pacientes que dejan de controlarse en el programa, ya sea por abandono, traslado, fallecimiento.

Egresos por Abandono: Corresponde al número de pacientes que, durante el mes informado, han permanecido inasistentes en programa del adulto mayor por más de 11 meses 29 días, efectuándose en dicho período a lo menos tres acciones de rescate de inasistentes.

Definiciones operacionales :

Se deben registrar los egresos al programa del adulto mayor según condición de funcionalidad y dependencia, según clasificación de resultados, por edad, sexo y causal de egreso.

Reglas de consistencia ✓:

R.1: Los egresos por abandono, traslado y fallecimiento deben estar incluidos en la columna total de egresos, por lo tanto se deben incluir según la desagregación por grupos de edad y sexo.

R.2: La sumatoria de los egresos por causa no puede ser mayor que el total de egresos.

Sección M: Ingresos y egresos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Definiciones conceptuales:

Personas entre 60 y más años, beneficiarios, inscritos en centros APS, con su EMP/EMPAM vigente, que manifiesten su participación informada y voluntaria mediante la firma del compromiso informado.

Ingresos a programa +AMA: Corresponde a un programa de reforzamiento de la APS, orientado a mejorar la capacidad individual y comunitaria para apoyar a las personas mayores y su red en el proceso de envejecimiento, prolongando su autovalencia.

Egresos a programa +AMA: Una vez finalizado el programa que contempla 24 sesiones mixtas (o dos sesiones mixtas por semana por tres meses) y cumplan con la participación en al menos 15 sesiones mixtas, estos pacientes podrán ser egresados del programa.

Definiciones operacionales:

Ingresos: En el caso de las personas de 60 a 64 años, no deben desagregarse por condición de funcionalidad, por ello se registran en la primera fila como autovalentes sin riesgo, por consenso, entendiendo que a este grupo etario no corresponde la aplicación del EMPAM, ni la categorización funcional ya mencionada.

Se debe registrar el número de adultos mayores por sexo, según grupo etario que ingresaron y/o egresaron del programa por condición de funcionalidad, habiendo terminado el periodo que contempla el programa y por motivo de egreso.

Para el registro de los ingresos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (+AMA) correspondiente a personas de 65 años y más, corresponde consignarlos según la categoría funcional obtenida en el examen de medicina preventiva vigente, como autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia.

Regla de consistencia:

R.1: Para la desagregación por funcionalidad se contabiliza desde 65 y más años. Sólo para el cálculo del total de los ingresos se contabiliza rango de 60-64 años.

Sección N: Ingresos al Programa de Salud Mental en APS /Especialidad

Definiciones conceptuales:

Los ingresos al programa de Salud Mental deben ser realizados por profesional Médico a excepción de "violencia" los cuales pueden ser pesquizados e ingresados por cualquier porfesional del equipo de salud.

Corresponde a las personas que se atienden por primera vez o reingresan a control en el programa de salud mental, con el fin de controlarse.

Depresión Post Parto: Corresponde al episodio depresivo que comienza dentro de las 4 semanas o dentro de los 3 primeros meses posteriores al parto, y que con tratamiento adecuado se logra un buen resultado (remisión total) a los 6 meses de tratamiento.

Motivos de ingreso por factores de riesgo y condicionantes de la salud mental:

Violencia: Cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento, tanto físico, psicológico como sexual. Esto puede ser en la vía pública y/o en el ámbito privado.

En el caso de violencia en la población infanto adolescente incluye cualquier forma de maltrato y/o violencia física, sexual y/o psicológica a niños, niñas y adolescentes, que tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier relación interpersonal. Esto es toda forma de perjuicio, abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, que afecte el normal desarrollo de niños, niñas y adolescentes y que ocurra en un contexto familiar o de cuidado.[3]

Víctima: Corresponde a la persona objeto de la acción de violencia.

Agresor: Corresponde a quien ejerce la violencia sobre la víctima.

Abuso sexual: Toda actividad sexual no voluntaria, forzada mediante la violencia física, o por cualquier forma de coerción, agresión o abuso, incluida las situaciones de superioridad a causa de la particular condición de la víctima, sea por trastorno o deficiencia mental, o por dependencia económica, laboral, desamparo, inexperiencia o ignorancia. Su práctica implica una relación de sometimiento en la cual la víctima ha rechazado el acto sexual o en que no ha tenido la capacidad de consentir. En el caso de los niños y niñas, se refiere a todo tipo de aproximación sexual.

Personas con diagnósticos de trastornos mentales: Para identificar el diagnóstico, basarse en guías clínicas, orientaciones técnicas actuales, o la , Clasificación Internacional de Diagnósticos(CIE-10).

Trastornos del Humor (afectivos)

- Depresión leve.
- Depresión moderada.

3 (Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. MINSAL 2013, pág. 9)

- Depresión grave.
- Depresión post parto.
- Trastorno Bipolar.
- Depresión refractaria.
- Depresión grave con psicosis.
- Depresión con alto riesgo suicida.

Trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotrópicas

- Consumo perjudicial o dependencia de alcohol.
- Consumo perjudicial o dependencia como droga principal.
- Policonsumo.

Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

- Trastorno hipercinéticos.
- Trastorno Disocial, desafiante y oposicionista.
- Trastorno de ansiedad de separación en la infancia.
- Otros trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
- Trastornos de ansiedad.
- Alzheimer y otras demencias (incluye Alzheimer), las cuales deben ser clasificadas en:
    - Leve: Dado que el inicio de la enfermedad es gradual, es difícil saber con exactitud cuándo comienza. Las personas tienen problemas de memoria, dificultades en la comunicación, puede ocurrir desorientación temporoespacial, entre otras.
    - Moderado: Las personas tienen mayores dificultades a nivel de memoria, presentan dificultades para comprender el tiempo, fechas, lugares y eventos. Aumentan dificultades en la comunicación.
    - Avanzado: Se produce un nivel de dependencia casi total en las personas que presentan demencia, sumado a inactividad en algunos, llegando a casos más severos a caer en postración.
- Esquizofrenia.
- Trastornos de la conducta alimentaria.

- Retraso Mental.
- Trastorno de personalidad.
- Trastorno generalizados del desarrollo.
- Otras (ejemplo: tabaco, disolventes volátiles, u otras sustancias psicoactivas)

Definiciones operacionales :

Se contará como un ingreso a "personas con diagnóstico de trastornos mentales" al número de usuarios que ingresan a uno a más diagnósticos mentales. El ingreso a Depresión y/o Alzhaimer se registra por única vez independiente del nivel (leve, moderado o grave), es decir, si una persona ingresa por Depresión moderada y en el transcurso de su tratamiento su diagnóstico mejora a una Depresión leve, no debe ser registrado como un nuevo ingreso al programa.

Si una persona presenta uno o más factores de riesgos, uno o más diagnósticos, o un factor de riesgo y un diagnóstico, se considera como un sólo ingreso a dicho programa y uno o mas ingresos a cada factor de riesgo o diagnóstico.

Reglas de consistencia :

R.1: Si una persona presenta más de un factor de riesgo y/o más de una condicionante y/o más de un diagnóstico de trastornos de salud mental, se deberá registrar todas las que correspondan en sus respectivas celdas.

R.2: En la fila 136 "ingresos al programa" como en la fila 141 "personas con diagnósticos de trastornos mentales", se deberá registrar el número de personas que ingresan al programa, independiente del número de factores de riesgo, condicionantes o diagnósticos de trastornos de salud mental que tenga la persona.

R.3: Los ingresos de gestantes, madres de hijo menor de 5 años y de pueblos originarios debe estar incluido en los ingresos registrados según edad y sexo de las personas atendidas.

Sección O: Egresos del Programa de Salud Mental por altas clínicas en APS/Especialidad

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las personas que egresan del programa luego que un profesional responsable del Programa de Salud Mental da término a la modalidad de control de un paciente por cura o mejoría de su estado de salud. En esta sección se identifica además la condición de pueblo originario que puedan presentar los usuarios.

Definiciones operacionales :

Se registra los egresos por concepto de alta clínica que corresponde a mejoría o recuperación.

Fila 175, egresos de personas con diagnósticos de trastornos mentales: Corresponde registrar el número de personas que egresan del programa, por concepto de alta clínica, independiente si presenta uno o más diagnósticos.

En las últimas columnas se registra el total de egresos por abandono, fallecimiento y traslado. Los egresos por éstos conceptos NO deben ser desglosados por edad ni sexo de las personas egresadas.

Se debe incluir en el registro de egresos a las gestantes, madres de niño(a) menos de 5 años, y a los pacientes de pueblos originarios segregados por sexo.

Reglas de consistencia :

R.1: Los egresos de gestantes, madres de hijo menor de 5 años y de pueblos originarios deben estar incluidos en los egresos registrados según edad y sexo de las personas atendidas.

R.2: Las gestantes que ingresaron a programa, y cumplen su tratamiento en el periodo prenatal (alta), serán egresadas por la misma condición de "gestante" (además de egreso en grupo etario y sexo), sin embargo, en el caso que no sea dada de alta durante el embarazo entonces corresponderá egresarla de su condición de gestante (y grupo etario y sexo) e ingresarla registrarla por el grupo de edad que le corresponda.

Sección P: Ingresos y egresos al componente alcohol y drogas

Definiciones conceptuales :

El componente de alcohol y drogas consiste en la provisión regular y continua de un conjunto de intervenciones que se realizan de manera individual, con familias y/o en grupos, con el fin de realizar diagnóstico integral, definir un plan de intervención de acuerdo al diagnóstico y realizar intervenciones terapéuticas, educativas y, si corresponde, derivación a un plan de mayor especialización.

Ingreso por intervención terapéutica: Corresponde al ingreso de personas al programa, que tienen consumo problemático o dependencia al alcohol o a drogas, o a ambos tipos de sustancias, con nivel de compromiso psicosocial-físico leve o moderado.

Egresos por intervención terapéutica: Corresponde a las personas que egresan del componente de alcohol y drogas por concepto de alta.

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde registrar a las personas que ingresan y/o egresan a control al componente de alcohol y drogas en establecimiento con nivel primario de atención, por consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial.

Se registra el número de ingresos y/o egresos a programa, según edad y sexo de las personas atendidas, por intervención terapeútica.

Regla de consistencia :

R.1: Los egresos por abandono, traslado o fallecimiento deben llevarse en registros internos.

Sección Q: Programa de Rehabilitación (personas con trastornos psiquiátricos)

Definiciones conceptuales :

Programa de Rehabilitación tipo I y tipo II: Es un conjunto de actividades ambulatorias que apoyan el proceso de rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental y discapacidad psíquica moderada (tipo I) y discapacidad psíquica severa (tipo II), otorgadas por un equipo de salud general entrenado y capacitado o por equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría. Incluye seguimiento personalizado del plan individual de tratamiento integral.

Ingresos: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a control al Programa de Rehabilitación de trastornos psiquiátricos en APS.

Egresos: Corresponde a las personas que egresan del Programa de Rehabilitación de trastornos psiquiátricos en APS, por concepto de alta clínica, es decir, finalizan su tratamiento por mejoría y recuperación o porque alcanzaron el nivel máximo posible de rehabilitación.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de ingresos y egresos del programa, según edad y sexo de las personas atendidas, por tipo de Programa de Rehabilitación (tipo I o II).

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia

Sección R: Ingresos y egresos al programa Infección por Transmisión Sexual (uso de establecimientos que realizan atención de ITS)

Definiciones conceptuales :

Ingresos: Corresponde a las personas que ingresan al programa en las unidades de atención de ITS, para manejo y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (morbilidad). Se consideran ITS las siguientes patologías:

- Sífilis.
- Gonorrea.
- Condiloma.
- Herpes.
- Chlamydias.
- Uretritis no gonocócica.

- Linfogranuloma.
- Chancroide.
- Otras ITS.

Ingresos de TRANS: Se entenderá por persona TRANS aquella que teniendo un determinado sexo biológico se comporta, se viste o se identifica con el sexo opuesto. En esta definiciones se incluye a las personas:

Transgéneros: "Personas que fueron asignadas a un sexo al nacer en base a sus genitales, pero que sienten que esta es una descripción falsa o incompleta de ellos mismos." Estas personas se identifican con el género diferente al que culturalmente se asocia al sexo corporal de origen. (Ejemplo una persona nace con genitales de hombre pero se siente mujer)

Travestis : Individuo utiliza prendas socialmente asignadas al género opuesto, es decir, se identifica mejor con la moda del género opuesto que con la moda del género propio

Transexuales: Individuo se identifica, desea vivir y ser aceptado como una persona del sexo opuesto a su género biológico

Ingresos de pueblos originarios: Se entenderá por persona perteneciente a pueblos originarios aquella que voluntariamente declara pertenencia a alguno de los 9 pueblos indígenas, respondiendo la pregunta “¿Se considera perteneciente a algún pueblo originario (indígena)?”.

Ingresos de migrantes: Se entenderá por persona migrante aquella que registra nacimiento fuera de Chile.

Egresos: Corresponde al total de personas que dejan de controlarse, ya sea por alta, fallecimiento o abandono.

Egresos por alta: Corresponde a las personas que han sido dadas de alta por la patología que originó la consulta y no requieren controles posteriores por ninguna otra ITS.

Egresos por abandono: Corresponde a las personas que sin haber sido dadas de alta, dejan de acudir a control y abandonan el programa. Para esto se considera la inasistencia consecutiva a tres citaciones.

Definiciones operacionales ⚠:

Se registra el número de ingresos al programa, según edad y sexo de las personas atendidas, por tipo de patología. Si una persona tiene más de una patología, se debe registrar el diagnóstico principal por el que ingresa al programa de ITS.

Los ingresos de TRANS, pueblos originarios y migrantes deben estar incluidos en los grupos de edad y sexo biológico correspondiente, según patología por la que ingresa a programa.

En el total de egresos se registran el total de los egresos por alta o abandono. En el caso de personas VIH/SIDA que ingresan para control de alguna de las ITS mencionadas, se considerará ingreso a programa, independiente de que su patología por VIH se controle en ese u otro establecimiento.

Se excluyen de esta categoría los ingresos del control de salud sexual (control preventivo de salud, orientado a las personas que ejercen el comercio sexual). Sin embargo, si una persona ejerce el comercio sexual y está en control, pero es diagnosticada con una ITS, en ese momento será considerada como un ingreso al programa, para efectos de morbilidad.

Para efectos de cobertura de los distintos programas de salud, la población en control se registrará en la serie REM P, en los 2 cortes semestrales establecidos (Junio y Diciembre), en los cuales se reflejará la disminución o aumento de población por concepto de ingresos, egresos y traslados en un establecimiento.

Reglas de consistencia ⚠:

R.1: Los ingresos de TRANS, pueblos originarios y migrantes deben estar incluidos en los grupos de edad y sexo biológico correspondiente, según patología por la que ingresa a programa.

R.2: Los egresos por alta y abandono son una parte del total de egresos, por lo que no pueden ser mayor al "total de egresos" del programa.

Sección S: Ingresos y egresos a Programa de VIH/SIDA (Uso exclusivo Centros de Atención VIH/SIDA) 👤

Definiciones conceptuales 👤:

Ingresos: Corresponde a las personas que ingresan al Programa en los centros de atención VIH/SIDA, para atención clínica, manejo y tratamiento a personas que viven con VIH/SIDA, incluyendo a los recién nacidos hijos de madres VIH (+).

Egresos: Corresponde al total de personas que por alta, abandono del programa o fallecimiento, no acuden al control.

Egresos por fallecimiento: Corresponde a las personas que egresan del programa por fallecimiento, que puede ser por la o las patologías que se estaba tratando o por cualquier otra circunstancia.

Egresos por alta: Corresponde a los recién nacidos o lactantes hijos de madres VIH (+) que han sido dados de alta porque han completado estudio diagnóstico y son VIH (-).

Movilidad del Programa: Egresos por abandono de controles y egresos por abandono de tratamiento fueron incorporados en el año 2014. Este tipo de egresos están contenidos en los egresos por abandono del programa durante el año 2017. No se contempla la desagregación por tipo de egreso (por abandono de controles y de tratamiento).

Egresos por abandono del programa: Corresponde a las personas que no han recibido tratamiento antirretroviral (TARV), y que no han asistido a tres citaciones seguidas.

Se incluye además en el caso que exista, según condición de gestantes, TRANS, pueblo originario y/o situación de migrante asociada.

Definiciones operacionales 👤:

Se registra el número de ingresos y egresos del programa, según edad y sexo de las personas atendidas y por motivos de egresos.

En el total de egresos se registran todas las causas que produce el egreso del programa, es decir: alta, fallecimientos y abandono del programa.

Para efectos de cobertura de los distintos programas de salud, la población en control se registrará en la serie REM P, en los 2 cortes semestrales establecidos (Junio y Diciembre), en los cuales se reflejará la disminución o aumento de población por concepto de ingresos, egresos y traslados en un establecimiento (el traslado se debe considerar solo en los registros locales).

Reglas de consistencia :

R.1: Los ingresos de gestantes, TRANS, pueblos originarios y migrantes deben estar incluidos en los grupos de edad y sexo biológico de las personas atendidas.

R.2: La suma de los egresos por alta, por abandono de programa o por fallecimientos no pueden ser mayor al "total de egresos" del programa.

Sección T: Ingresos y egresos por comercio sexual (Uso exclusivo de unidades control comercio sexual)

Definiciones conceptuales :

Ingresos al programa: Corresponde a las personas que ingresan a control de salud sexual, el cual es exclusivo para las personas que ejercen el trabajo o comercio sexual.

Total egresos: Corresponde a las personas que han dejado de asistir al programa por causa de abandono o fallecimiento.

Inasistentes: Corresponde a las personas que no han asistido a sus citaciones en el mes informado.

Se incluye además en el caso que exista, según condición de TRANS (género), pueblo originario y/o situación de migrante asociada.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de ingresos, egresos e inasistentes al programa, según edad y sexo de las personas atendidas.

En el caso que exista "re-ingreso" al programa, debido a personas que habiendo dejado el ejercicio del comercio sexual o habiendo sido egresadas por abandono, solicitan ser reincorporadas al programa, deberán ser registradas en el nivel local solamente y no en el REM.

Para efectos de cobertura de los distintos programas de salud, la población en control se registrará en la serie REM P, en los 2 cortes semestrales establecidos (Junio y Diciembre), en los cuales se reflejará la disminución o aumento de población por concepto de ingresos, egresos y traslados en un establecimiento.

Reglas de consistencia :

R.1: Los ingresos, egresos e inasistentes de trans, pueblos originarios y migrantes deben estar incluidos en los grupos de edad y sexo de las personas atendidas.

R.2: Los egresos por abandono deben estar incluidos dentro del "total egresos".

Sección U: Ingresos y egresos Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria

Definiciones conceptuales :

El programa refuerza las acciones de acompañamiento psicosocial de las personas (0 a 24 años) que tienen mayores riesgos psicosociales, considera a personas que tienen dificultades en su adherencia a su plan de tratamiento asegurando su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental, con acciones específicas y centradas en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo, en el contexto del Modelo de Atención de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

Definiciones operacionales :

Ingresos: Corresponde a los usuarios que ingresan al Programa de Acompañamiento, y comenzarán a recibir la canasta de prestaciones del programa. El usuario registrado en este programa puede estar ingresado en otros programas, como Salud Mental en APS. El ingreso debe considerar la evaluación del estado de salud mental y de la dinámica familiar.

Egresos: Corresponde a la salida del usuario del programa, finalizando su proceso de acompañamiento psicosocial. Este proceso implica que el usuario continúa vinculado al centro de salud a través de otros programas. Implica la realización de la evaluación participativa entre el usuario, su familia y el equipo del centro de salud.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A.06: Programa de Salud Mental Atención Primaria y Especialidades

El REM 06 registra las actividades realizadas a través del Programa de Salud Mental, el cual describe el conjunto de actividades realizadas en los distintos establecimientos para la promoción de salud mentaly la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

Secciones del REM A06

Sección A.	**Atención Primaria**
Sección A.1:	**Controles de Atención Primaria / Especialidades.**
Sección A.2:	**Consultorías de salud mental.**
Sección B.	**Atención de especialidades.**
Sección B.1:	**Actividades grupales.**
Sección B.2:	**Programa de Rehabilitación.**
Sección B.3:	**Actividades de psiquiatría forense para personas en conflicto con la justicia.**
Sección B.4:	**Dispositivos de salud mental.**
Sección C.	**Actividades comunes en ambos tipos de atención.**
Sección C.1:	**Actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria.**
Sección C.2:	**Informes a tribunales.**
Sección D:	**Planes y evaluaciones Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria.**

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A.06

Sección A. Atención Primaria

Seccion A.1: Controles de Atención Primaria/Especialidades ▶

Definiciones conceptuales ▶:

Controles de Salud Mental: Es la intervención ambulatoria individual realizada por el profesional de salud capacitado o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría. Esta intervención es realizada a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores. Incluye consejería, evaluación diagnóstica psicosocial y clínica, indicación de tratamiento, control y seguimiento para evolución, psicoeducación, entre otras.

Psicodiagnóstico: Es la evaluación otorgada por Psicólogo, a un paciente referido para complementar diagnóstico psicológico. Incluye aplicación de test psicológicos, su análisis y elaboración del informe correspondiente.

Psicoterapia Individual: Es la intervención terapéutica, otorgada por Médico Psiquiatra o Psicólogo con formación certificada en psicoterapia, a personas en tratamiento, por Depresión, de tipo cognitivo conductual o interpersonal según plan individual de tratamiento integral.

Definiciones operacionales ▶:

Se registran los controles por tipo de profesional, desagregadas por sexo y grupos de edad. En la última columna se anota el número de consultas efectuadas a beneficiarios*.

Regla de consistencia ▶:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.2: Consultorias de Salud Mental

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría y el equipo de salud general de APS, con el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejorar la referencia y contra-referencia de pacientes entre ambos niveles de atención y garantizar los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de pacientes con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos.

Definiciones operacionales :

Consultorías recibidas: Corresponde registrar las consultorías recibidas en APS, otorgadas por el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría del nivel de especialidad.

Casos revisados: Corresponde registrar los antecedentes clínicos de las personas analizados en la sesión de consultoría de salud mental en conjunto, entre el equipo de salud APS y el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría del nivel de especialidad.

Regla de consistencia :

R.1: El número Total de casos revisados deben ser mayor o igual al total de consultorias recibidas.

Sección B: Atención de Especialidades

Sección B.1: Actividades grupales (Número de Sesiones)

Definiciones conceptuales :

Psicoterapia grupal: Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por un profesional clínico con formación certificada en psicoterapia, a un grupo de 4 a 10 personas con diagnóstico de trastorno mental, según plan individual de tratamiento integral. Dependiendo de las características y complejidad del grupo, se realiza con o sin co-terapeuta, (profesional de salud mental con la misma formación).

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

Definiciones operacionales :

Se registra el número total de sesiones efectuadas por profesional y tipo de psicoterapia.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.2: Programa de Rehabilitación (Personas con trastornos psiquiátricos)

Definiciones conceptuales :

Programa de Rehabilitación tipo I y tipo II: Es un conjunto de actividades ambulatorias que apoyan el proceso de rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental y discapacidad psíquica moderada (tipo I) y discapacidad psíquica severa (tipo II), otorgadas por un equipo de salud general entrenado y capacitado, o por equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría.

Incluye:

- Seguimiento personalizado del plan individual de tratamiento integral.

- Sesiones individuales, familiares y grupales orientadas a recuperar y reforzar capacidades y habilidades para una vida autónoma.

- Actividades centradas en la vida diaria al interior del hogar, en la comunidad y de reinserción socio-laboral.

Para el Programa de Rehabilitación tipo I, las actividades se realizan de manera individual y/o en grupos, en un mínimo de 16 horas mensuales distribuidas en uno o dos días a la semana, con sesiones de un mínimo de dos horas y por un periodo máximo de dos años.

Para el Programa de Rehabilitación tipo II, las actividades se realizan en un mínimo de 72 horas mensuales distribuidas en al menos 4 días a la semana, con sesiones de un mínimo de cuatro horas y por un periodo máximo de dos años.

Días personas: Corresponde a la sumatoria de los días de asistencia, en el mes, de las personas participantes en el programa.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de días de las personas que asisten a la sesión, desglosadas por grupo de edad y sexo.

En la última columna se anota el número de atenciones efectuadas a beneficiarios.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.3: Actividades de psiquiatria forense para personas en conflicto con la justicia (En lo Penal, Civil, Familiar, etc.)

Definiciones conceptuales :

Peritaje psiquiátrico judicial: Evaluación realizada por profesional del equipo especializado en salud mental y psiquiatría, en respuesta al requerimiento de un Juez, para determinar el funcionamiento psíquico de una persona imputada, centrándose en los aspectos psíquicos relevantes y su relación con el delito investigado.

Examen preliminar en drogas a adolescentes imputados/condenados: Actividad de tamizaje realizada en forma ambulatoria por profesional capacitado, a un/a adolescente infractor/a de ley de responsabilidad penal juvenil, en quien se sospecha abuso o dependencia a sustancias ilícitas con el fin de descartar o recomendar una evaluación diagnóstica a menores.

Evaluación clínica para adolescentes imputados con consumo de drogas: Actividad solicitada por el juez o fiscal cuando exista sospecha de consumo de drogas en adolescente imputado.

Examen mental preliminar a personas imputadas: Es una actividad ambulatoria de tamizaje realizada por profesional capacitado, a una persona imputada por la ley penal en la cual se sospecha la existencia de un trastorno mental, con el propósito de obtener una primera opinión o impresión clínica sobre el estado de salud mental y establecer la pertinencia de un peritaje psiquiátrico judicial.

Peritaje en drogas: Evaluación realizada por profesional del equipo especializado en salud mental y psiquiatría en respuesta al requerimiento de un juez, para confirmar o descartar consumo y/o dependencia a drogas en una persona imputada conforme a la ley 20.000

Atención a agresores derivados de tribunales (Ley Violencia Intrafamiliar): Es la atención ambulatoria otorgada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría en respuesta al dictamen del juez de un juzgado de familia a un condenado por Violencia Intrafamiliar no constitutiva de delito.

Definiciones operacionales :

Se registran las actividades de psiquiatría forense realizadas por los profesionales respectivos, según las definiciones conceptuales especificadas en los párrafos precedentes, desagregadas por grupos de edad y sexo.

En la última columna se anota el número de actividades efectuadas a beneficiarios.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.4: Dispositivos de Salud Mental

Definiciones conceptuales :

Hogar protegido: Corresponde a la permanencia de un paciente en una instancia comunitaria de alojamiento y vivienda, habilitada para albergar a un número no mayor de 8 personas que se encuentran compensadas de su patología psiquiátrica.

Residencia protegida: Corresponde a la permanencia de un paciente en una instancia residencial habilitada para albergar a un número no mayor de 12 personas con un trastorno mental severo que presentan alto grado de discapacidad psíquica y dependencia, que requiere de un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y cuidados de enfermería.

Hospital psiquiátrico diurno: Corresponde a la hospitalización psiquiátrica diurna de personas con trastorno mental en situación de crisis, pero que pueden ser tratados en un régimen semi ambulatorio.

Centro privativo de libertad (SENAME) : Corresponde a la atención clínica integral de alta intensidad otorgada a mayores de 14 y menores de 20 años, que se encuentran en internación provisoria o cumpliendo condena por orden judicial en un centro privativo de libertad.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de personas atendidas, el número de días de estada, el número de egresos por cada dispositivo y el número de personas en lista de espera para ingresar a unidad.

Se desglosa, en grupos de edad clasificados en menores de 20 años y de 20 años y más, según las definiciones de unidades o servicios de atención cerrada especificada en los párrafos precedentes.

En hogar protegido y residencia protegida, se incluyen los días que los pacientes se ausenten temporalmente por motivos de vacaciones, visitas a familiares, hospitalizaciones de corta estadía, entre otras.

Número de personas atendidas: Corresponde al número de personas atendidas en los diferentes dispositivos, según rango de edad definido.

Días de estada: Corresponde al número de días de estada en que el paciente permaneció internado en un dispositivo en el periodo, considerando la diferencia que se produce entre la fecha de egreso y fecha de ingreso de la persona.

Número de egresos: Corresponde al número de personas que egresan de las unidades en el periodo informado.

Personas en lista de espera: Corresponde al número de personas que están lista de espera, para ingresar a los distintos tipos de dispositivos.

En hospital psiquiátrico diurno, se incluyen los días que los pacientes se ausenten temporalmente por motivos terapéuticos, por incapacidad física o por otras causales justificadas.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C. Actividades comunes en ambos tipos de atención.

Sección C.1: Actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria

Definiciones conceptuales :

Las actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria son estrategias de intervención que se concentran en acciones de articulación con los dispositivos de la red de salud como con los dispositivos de la red psicosocial ampliada e intersectorial. Los dispositivos de vinculación de la red de salud en el contexto de las Redes Integradas de Salud (RISS) son los dispositivos de especialidad como los Centros de Salud Mental Comunitaria, COSAM, CESAM, servicios de psiquiatría ambulatoria, entre otros. Los dispositivos de vinculación de la red intersectorial son las Oficinas de Protección de Derechos de infancia y adolescencia (OPD) vinculadas a las comunas y SENAME, los centros de la mujer que están centrados en contribuir en el ámbito local, a reducir la violencia contra la mujer, los centros están vinculados a las comunas y SERNAM, escuelas y colegios, Programas Habilidades para la Vida de JUNAEB, SENADIS, JUNJI, SENDA-Previene, entre otros dispositivos y programas. También es importante realizar acciones de vinculación con organizaciones comunitarias, de familiares y de usuarios con el propósito de articulación y tener la oportunidad de indagar y explorar con la comunidad espacios de detección de familias con integrantes con alto riesgo que no han consultado con los dispositivos de salud.

Definiciones operacionales :

Para la intervencion psicosocial grupal, se debe registrar el total de participantes y para el resto de las actividades de coordinacion sectorial, se deben registrar tanto el total de participantes, número de seciones / reuniones y número de instituciones / organizaciones participantes.

Las diversas actividades de coordinación pueden ser realizadas en establecimientos de salud de atención ambulatoria, en unidades de hospitalización, en dispositivos comunitarios (centros diurnos, casas club, clubes de integración social, otros) o en espacios propios de la comunidad.

Reuniones con instituciones del sector salud Programa Acompañamiento Psicosocial de la APS: Corresponde a las reuniones que se realizan en el marco del Programa de Acompañamiento Psicosocial con instituciones del sector salud, distintas del propio centro de salud en donde se ejecuta el programa. Entre las instituciones se encuentran Centros de Salud Mental Comunitaria, servicios de psiquiatría de hospitales, CRS, CDT, unidades de hospitalización de corta estadía, etc.

Reuniones con instituciones del intersector Programa Acompañamiento Psicosocial: Corresponde a las reuniones que se realizan en el marco del Programa de Acompañamiento Psicosocial con instituciones del intersector, distintas de instituciones del sector salud. Entre estas instituciones se encuentran establecimientos educacionales, jardines infantiles, Oficinas de Protección de Derechos (OPD), instituciones del SENDA, SERNAM, SENAME, entre otras.

Reuniones con organizaciones comunitarias Programa Acompañamiento Psicosocial: Corresponde a las reuniones que se realizan en el marco del Programa de Acompañamiento Psicosocial con organizaciones comunitarias. Entre estas organizaciones se encuentran grupos de autoayuda, juntas de vecinos y organizaciones de tipo funcional y territorial, entre otras.

**Se entiende una reunión de duración de 60 minutos por cada usuario del programa. Reuniones de duración inferior a los 60 minutos no debieran ser registradas.*

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.2: Informes a tribunales

Definición conceptual :

Corresponde a la elaboración de informes realizados a petición de un tribunal (ya sea de familia, penales, civiles, de policia local y laborales) y la asistencia a los mismos.

Definición operacional :

Se registra el número total de informes elaborados, el número de profesionales y el número de veces en que asiste a tribunales , según el tribunal al que va dirigido el informe.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Planes y evaluaciones Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria

Definiciones conceptuales :

El programa considera la elaboración participativa con el usuario de un plan de acompañamiento y que está vinculado con el Plan de Tratamiento Individual (PTI), el tiempo de intervención total del acompañamiento psicosocial será entre 9 a 12 meses, según las necesidades de cada uno de los usuarios y familias ingresados al programa. En este periodo, se debe realizar el plan de prestaciones mensual que incluyen visitas domiciliarias, contactos telefónicos regulares, actividades de coordinación y participación con el equipo de salud, reuniones de sector, reuniones clínicas, consultorías de salud mental, entre otros.

Definiciones operacionales :

Planes de acompañamiento elaborados: Corresponde a los planes de intervención que se realizan en el marco del Programa de Acompañamiento Psicosocial y que se relacionan con el Plan de Tratamiento Individual del centro de salud. Cada usuario ingresado al programa debe contar con este plan de acompañamiento elaborado por el equipo de salud, posterior al proceso de evaluación inicial. El plan de acompañamiento puede ser modificado por el equipo de salud según necesidad, por lo tanto, solo debe ser registrado la primera vez que se realiza.

Evaluaciones participativas realizadas al egreso del programa: Corresponde a la evaluación que se realiza al finalizar el proceso de acompañamiento psicosocial, y que se lleva a cabo entre el usuario, su familia y el equipo de salud. Cada usuario que egresa del programa debe contar con esta evaluación participativa. Esta actividad se registra por una sola vez, independiente de las sesiones en las cuales se lleva a cabo.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A.07: Atención de Especialidades

El REM-A.07 es de uso de todos los establecimientos con atención médica de especialidades: Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centro Adosado de Especialidades de hospitales (CAE), Centro Referencia Salud (CRS), Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) y los PRAIS (equipos que atienden a la población beneficiaria del Programa Reparación y Atención Integral de Salud, que dISPongan especialidad de psiquiatría). Además todos los establecimientos de APS que cuenten con algún Médico especialista.

Secciones del REM-A.07

Sección A: Consultas médicas.

Sección B: Atenciones médicas por Programas y Policlínicos especialistas acreditados.

Sección C: Consultas y controles por otros profesionales en especialidad.

Sección D: Consultas Infección Transmisión Sexual (ITS) y controles de salud sexual en el Nivel Secundario.

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A.07

Sección A: Consultas médicas.

Definiciones conceptuales :

Especialidades y sub-especialidades: Corresponde a la unidades del nivel secundario a las cuales se genera la derivación o solicitud de atención, de acuerdo a su pertinencia y ambito de atención.

Consulta médica de especialidad: Es la atención profesional otorgada por un médico especialista de nivel secundario o terciario y en establecimientos APS que cuenten con Médicos especialistas contratados para otorgar dichas consultas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla.

Consultas nuevas según origen: Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución al problema de salud.

La referencia se clasifica según origen desde APS, desde otra especialidad (CDT/CAE/CRS) y desde la urgencia, por presentar alteraciones de la salud que puede ser diagnosticada y/o resuelta en esa especialidad.

Cada primera atención médica de un(a) paciente generada por una interconsulta, es una consulta nueva en la especialidad que se realiza la atención, independientemente de que el(la) paciente hayan sido atendidos en otra(s) ocasión(es) en la misma especialidad.

Consultas pertinentes: Se entiende por consulta pertinente aquellas derivaciones nuevas originadas en APS, que cumple con los protocolos de referencia que resguardan el nivel de atención bajo el cual el paciente debe resolver su problema de salud, siendo el motivo de derivación factible de solucionar en nivel de atención al que se deriva y considerando los plazos en que debe otorgarse la prestación.

La pertinencia en la referencia a especialidad se entenderá aquella desde la APS hacia la atención de especialidad por lo cual se medirá sobre el total de consultas nuevas y cuyo origen es la APS.

Inasistentes a consulta médica (NSP): Es la no concurrencia a una atención existiendo una citación previa. Corresponde a las consultas, nuevas y repetidas a las cuales el paciente No Se Presentó, independiente si fueron llenados los cupos por otros pacientes.

Consulta abreviada: Corresponde a la ejecución de acciones destinadas a repetir receta de pacientes que se están atendiendo en el establecimiento, o a la lectura de exámenes. Dicha actividad no es considerada como consulta de morbilidad propiamente tal ya que, por lo general, no existe atención médica directa y el rendimiento de ésta es de 12 consultas por hora médico.

Interconsultas a hospitalizados: Es la atención de Médicos especialistas que realizan a pacientes hospitalizados, en sala. Para ello se utilizará como fuente de información, los registros de hospitalizados que mantienen las unidades funcionales. Dicha actividad no puede ser considerada como consulta médica ambulatoria con fines de facturación, ya que su valor se incluye en el día cama.

Alta de consulta de especialidad ambulatoria: Corresponde al término de la atención en especialidades médicas u odontológicas del nivel de especialidad, y ha cumplido según corresponda las etapas de diagnóstico, exámenes y tratamiento de la patología por la cual consultó en este nivel. Las citaciones a control que excedan en tiempo a los 12 meses se considerarán como alta de consulta de especialidad. También, se incluyen en este ítem las altas administrativas, consideradas para los casos en que el paciente no se presenta durante tres citaciones seguidas en un período de 12 meses o por renuncia del paciente a la atención, para lo que debe existir un registro de respaldo.

Compra de servicios: Corresponde a las consultas que los establecimientos de nivel secundario, compran a otros organismos, entidades o personas distintas del Servicio de Salud, con el fin de disminuir listas de espera o para resolver problemas GES

Consultas médicas por operativos (no incluidas en producción): Es una modalidad de atención de carácter masivo, dada en un tiempo acotado, que reúne a la población en un lugar definido para ser atendido por médico especialista, que entrega prestaciones específicas. Se entregan prestaciones de modo extraordinario y no garantiza continuidad de los cuidados definidos para la patología correspondiente. Eventualmente requiere complementarse con seguimientos posteriores por los dispositivos formales de atención.

Total de interconsultas generadas en APS para derivación especialidad: Corresponde a las solicitudes de atención a especialidades y sub-especialidades desde nivel primario de atención.

Consultorías de Médicos especialistas otorgadas: Corresponde a un sistema de capacitación continua basado en la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad y el equipo de salud general, con el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de pacientes entre ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos y la continuidad de atención de pacientes con problemas de salud

Definiciones operacionales :

Consulta Médica de especialidad: Se registran las consultas efectuadas en los establecimientos por especialidad y subespecialidad (acreditada del médico que realiza la atención), segregadas por edad, sexo y en el caso que correponda, la identificación de la condición de beneficiario asociada. Todas estas son consideradas como parte de la producción propia del establecimiento.

En consultas nuevas según origen: Se registran las consultas definidas como nuevas solo en establecimientos de nivel secundario o terciario (las consultas de especialidad realizadas en APS no se registran en esta sección). Los datos se desglosan por edad de los consultantes en menores de 15 años y de 15 y más años, según el origen (APS, CAE/CDT de hospitales, CRS, Urgencia) y por especialidad.

En consultas pertinentes: Se registran las consultas efectuadas por el Médico en box, clasificadas como pertinentes en establecimientos de alta y mediana complejidad, según protocolo de referencia y según tiempo establecido para cada especialidad protocolizada.

Si el establecimiento no observa consultas pertinentes según protocolo de referencia ni según tiempo establecido, debe registrar valor cero en cada especialidad.

Inasistentes a consulta médica: Corresponde registrar el número de pacientes informados como “no se presentó”, desagregadas por gupo etario, según especialidad.

Consulta abreviada: Se registra el número de acciones que realiza el Médico para repetir recetas a pacientes crónicos en control en la especialidad informada o a la lectura de exámenes.

Interconsultas a hospitalizados (en sala): Corresponde registrar el número de interconsultas que Médicos especialistas realizan a pacientes hospitalizados, desagregados por gupo etario. Para ello se utilizará como fuente de información, los registros de hospitalizados que se mantienen en las unidades funcionales.

Alta de consulta de especialidad ambulatoria: Corresponde registrar el alta de consulta cuando el paciente ha finalizado la atención en especialidades médicas. El registro se desagrega por gupo etario.

Consultas médicas por operativos: Se registra las consultas médicas que se efectúan en los operativos organizados por instituciones como las fuerzas armadas, las universidades, etc. y no constituyen producción del establecimiento, por lo que no se registra en la sección A.1, desagregada por gupo etario.

Consultorías de Médicos Especialistas recibidas: En esta sección, quien registra es el establecimiento que recibe el apoyo de los especialistas a través de la modalidad de consultorías. La fuente de información debería ser la hoja diaria de atención que se genera en esta instancia con los casos revisados y atendidos. Se debe dejar una copia en el establecimiento de atención primaria, y la otra copia se lleva al establecimiento de origen del especialista para que se registre en REM BS para fines de facturación.

Regla de consistencia :

R.1: En las consulta médica de especialidad de la sección A, el total de beneficiarios declarados (menores de 15 años, 15 años y más) debe ser igual o menor al total declarado por edad.

R.2: El total de consultas médicas declaradas por sexo de la sección A, debe ser igual a total declarado por edad.

Sección B: Atenciones médicas por Programas y Policlínicos especialistas acreditados

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las atenciones médicas de especialidad otorgadas a usuarios para el diagnóstico y tratamiento en unidades de policlínicos acreditados del nivel secundario, de acuerdo al programa de especialidad correspondiente. En estos programas pueden atender profesionales con diferentes especialidades. Estas actividades se clasifican en:

- Arritmia
- Diabetes
- Cirugía de mamas
- Alto Riesgo Obstétrico
- Tratamiento anticoagulante
- Cuidados paliativos
- Infertilidad
- UAPO (Unidad Atención Primaria Oftalmológica)
- Patología cervical
- Patología de mamas
- Adolescencia
- Nineas (Niños con Necesidades Especiales de Atención en Salud)
- Naneas (Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención En Salud)
- ITS: Corresponde a la consulta médica de especialidad otorgada para el diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual, excluyendo VIH/SIDA.
- VIH/SIDA: Corresponde a la consulta médica de especialidad otorgada para el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA.

- Medicina ocupacional (salud del personal)

Definiciones operacionales :

Se registran las atenciones realizadas en los policlínicos de especialidades, de acuerdo a los programas derivados, desagregados por grupo etarios.

- VIH/SIDA: Se excluyen las atenciones de salud realizadas a personas que viven con VIH/SIDA cuyo diagnóstico que origina la consulta, no esté relacionado con infección por VIH.

Regla de consistencia :

R.1: Estas consultas realizadas deben estar incluidas en la sección A, por el o los especialistas que las realizan y por grupos de edad definidos.

Sección C: Consultas y controles por otros profesionales en especialidad (Nivel Secundario)

Definiciones conceptuales :

Corresponden a las atenciones proporcionadas por el profesionales no médicos en el nivel secundario. Se incluyen en ellas, aquellas consultas de seguimiento y/o de apoyo diagnóstico.

Definiciones operacionales :

Se registrará el número de consultas y controles realizadas en establecimientos de nivel secundario por los profesionales Enfermera(o), Matrona(ón), Nutricionista, Psicólogo(a), Fonoaudiólogo, Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Tecnólogo Médico, Asistente Social, desagregados por grupos de edad, por sexo y condición presente beneficiarios, por pueblos originarios o migrantes.

Reglas de consistencia :

R.1: El total de pacientes atendidos, correspondientes a pueblos originarios y/o migrantes, no debe ser mayor al total de atenciones.

Sección D: Consultas Infección Transmisión Sexual (ITS) y controles de salud sexual en el Nivel Secundario ⚠

Definiciones conceptuales ⚠:

Consulta por Infección de Transmisión Sexual (ITS): Es la atención proporcionada por Matrona(ón) o Enfermera(o) con fines de apoyo al diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud a causa de Infecciones de Transmisión Sexual, excluyendo VIH/SIDA.

Consultas VIH/SIDA: Es la atención proporcionada por Matrona(ón), Enfermera(o) o Psicólogo(a) con fines de apoyo al diagnóstico, tratamiento o consultas de patologías asociadas. Se excluyen las atenciones de salud realizadas a personas que viven con VIH/SIDA cuyo diagnóstico que origina la consulta, no esté relacionado con infección por VIH.

Control de VIH con TAR: Atenciones entregadas por Enfermera(o) o Matrona(ón) a pacientes portadores de VIH, que reciben terapia antiretroviral.

Control de VIH sin TAR: Atenciones entregadas por Enfermera(o) o Matrona(ón) a pacientes portadores de VIH, que no reciben terapia antiretroviral.

Controles de salud a personas que ejercen comercio sexual: Corresponde al control de salud biopsicosocial y periódico, entregado por Matrona(ón) o Enfermera(o) y se otorga a las personas que ejercen el comercio sexual, con el fin de prevenir y detectar Infecciones de Transmisión Sexual.

Definiciones operacionales ⚠:

Se registra las atenciones específicas que realizan Enfermeras(os), matronas(ones) y psicólogo(a) en establecimientos de nivel secundario. Estas se clasificarán por edad, sexo y beneficiarios.

Regla de consistencia ⚠:

R.1: Estas consultas no deben estar incluidas en la sección B.

REM-A.08: Atención de Urgencia

El REM A08 registra las actividades de los Servicios de Urgencia, de todos los niveles de atencion: Unidades de Emergencia Hospitalarias, según complejidad (Alta, Mediana o Baja) y Atencion Primaria (SAPU, SUR, SAR), definidos según códigos estructurales establecidos por DEIS según Norma 820.

Secciones del REM-A.08

Sección A:	**Atenciones realizadas en Unidades de Urgencia de la red.**
Sección A.1:	**Atenciones realizadas en Unidades de Emergencia Hospitalaria de Alta y Mediana Complejidad (UEH).**
Sección A.2:	**Atención de urgencias realizadas en SAPU y SAR.**
Sección A.3:	**Atenciones de urgencia realizada en establecimientos de Baja Complejidad.**
Sección A.4:	**Atenciones de urgencia realizadas en establecimientos de Atención Primaria no SAPU.**
Sección A.5:	**Consultas en sistema de atención de urgencia en Centros de Salud Rural (SUR) y Postas Rurales.**
Sección B:	**Categorización de pacientes en Unidades de Urgencias, previa a la atención médica, en Hospitales de Alta y Mediana Complejidad.**
Sección C:	**Atenciones realizadas por médicos especialistas en las Unidades de Urgencia Hospitalaria.**
Sección D:	**Pacientes con indicación de hospitalización en espera de camas en UEH.**
Sección E:	**Pacientes con indicación de observación en SAR.**
Sección F:	**Pacientes fallecidos en espera de atención médica.**
Sección G:	**Atenciones médicas asociadas a violencia.**
Sección H:	**Atenciones por anticoncepción de emergencia.**
Sección I:	**Motivos de atención por emergencia obstétrica al Servicio de Urgencia.**
Sección J:	**Llamados de urgencia a Centro Regulador.**

Sección K: **Intervenciones pre hospitalarias (SAMU).**

Sección L: **Traslados primarios a Unidades de Urgencia.**

Sección M: **Traslado secundario.**

Sección N: **Clasificación de las intervenciones por grandes grupos de diagnósticos (SAMU).**

Sección O: **Atenciones en Urgencia por violencia sexual.**

Sección P: **Atenciones médicas por violencia sexual.**

Sección Q: **Atenciones de urgencias asociadas a lesiones autoinfligidas.**

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A.08

Sección A: Atenciones realizadas en Unidades de Urgencia de la Red.

Atención médica de Emergencia/Urgencia: Es la atención integral de Emergencia/Urgencia médica otorgada en forma oportuna y adecuada a un paciente ambulatorio que concurre espontáneamente o es derivado desde otro centro de atención al Servicio de Urgencia (ya sean atención abierta o cerrada).

"Emergencia" se entenderá aquella atención de salud no postergable, definida así, por el equipo médico a partir de la aplicación de criterios clínicos.

"Urgencia" se entenderá como la solicitud demandada por la población a partir de la percepción de que la atención de su problema de salud no puede ser pospuesta.

Sección A.1: Atenciones realizadas en Unidades de Emergencia Hospitalaria de Alta y Mediana Complejidad (UEH) ⊕

Definiciones conceptuales ⊕:

Atención Médica Niño y Adulto: Se refiere a la consulta que realiza éste(a) profesional en los servicios de atención de urgencia.

Atención médica gineco-obstetra: Se refiere a la consulta que realiza éste(a) profesional en los servicios de atención obstétrica de Urgencia (recepción maternal).

Atención por Matrón(a): Se refiere a la consulta que realiza éste(a) profesional en los servicios de atención obstétrica de Urgencia (recepción maternal).

Origen de la procedencia: Correponde a las atenciones de urgencia realizadas en la Unidad de Emergencia de Hospitales de alta y mediana complejidad, las cuales pueden ser recibidas desde establecimientos que integran la misma red asistencial, tales como: SAPU/SAR/SUR, de hospitales de baja complejidad, otros

hospitales de mediana y alta complejidad u otros establecimientos de la red. Así como también pueden ser derivados desde otra red independiente del tipo de establecimiento (público o privado).

Definiciones operacionales ⊕:

Se registrará el número de atenciones médicas y de matronas(es) realizadas en la Unidad de Emergencia de Hospitales de alta y mediana complejidad, desagregadas por grupos de etario, sexo, beneficiario y origen de la procedencia.

En caso de pacientes que son vistos por dos o más Médicos en la misma Unidad de Emergencia, se registrará como una sola atención. Si una paciente es atendida por Matrón(a) y requiere atención por Médico, sólo corresponde el registro de éste último.

La medición de procedencia excluye la demanda espontánea a los servicios de urgencia, por lo que, la diferencia de las atenciones totales y registro de procedencia corresponden a ésta variable.

Reglas de consistencia ⊕:

R.1: El total de atenciones ambos sexos debe ser coincidentes con el número de DAU emitidas en el mes y REM BS, códigos 01-01-103 para alta complejidad y códigos 01-01- 105 mediana complejidad.

R.2: El total de atenciones médicas debe ser coincidente con la sección B (total categorización).

R.3: El total de atenciones médicas debe ser consistente con el registro de atenciones diarias registradas en la plataforma de urgencia según diagnóstico.

Sección A.2: Atenciones de Urgencia realizadas en SAPU y SAR ⊕

Definiciones conceptuales ⊕:

Es la atención de Emergencia/Urgencia otorgada por un profesional a un paciente que concurre al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) o Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR). Incluye la atención de las modalidades de atención de acuerdo al horario de atención: SAPU corto, SAPU largo, y SAR.

SAPU corto: lunes a viernes de 17:00 a 24:00 horas.

Sábado, domingo y festivos de 08:00 a 24:00 horas.

SAPU largo: lunes a viernes de 17:00 a 08:00 horas (del siguiente día).

Sábado, domingo y festivos, horario continuado.

Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): Es un componente de la red de urgencia, encargada de entregar prestaciones de Emergencia/Urgencia de baja complejidad en forma oportuna y adecuada.

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR): Es la instancia de atención adosada a centros de salud o en locales anexos, encargada de entregar prestaciones de Emergencia/Urgencia, con

mayor capacidad resolutiva que un SAPU (imágenes, exámenes de tamizaje, camillas de observación), en forma oportuna.

Definiciones operacionales ⊕:

Se registrará el número de atenciones de urgencia realizadas en SAPU por Médico, Enfermera(o), Matrona(ón) y Kinesiólogo, desagregados por grupos de edad y sexo. En la última columna se consigna el número de atenciones efectuadas sólo a beneficiarios.

Si el paciente tiene más de una atención, por un profesional no Médico, ésta deberá ser asignada al profesional que cierra la atención.

Reglas de consistencia ⊕:

R.1: Para el caso de las atenciones en SAR, el total de atenciones médicas debe ser coincidente con la sección B (total categorización).

R.2: El total de atenciones médicas debe ser consistente con el registro de atenciones diarias registradas en la plataforma de urgencia según diagnóstico.

Sección A.3: Atenciones de urgencia realizada en establecimientos de Baja Complejidad.

Definiciones conceptuales :

Es la atención de Emergencia/Urgencia otorgada a un paciente en un Hospital de Baja Complejidad.

Definiciones operacionales :

Se registran todas la consultas de urgencia efectuadas por Médicos, Enfermeras/os, Matrona/ón, Kinesiólogo/a, Técnico Paramédico y otross profesionales, desagregados por gurpo de edad, sexo y beneficiarios, en Hospitales de Baja Complejidad.

Regla de consistencia :

R.1: En la última columna se deben ingresar los beneficarios que fueron atendidos por el tipo de profesional.

R.2: Si la atención es brindada por profesional no médico , y se requiere atención por Médco, corresponde el registro sólo de éste último.

R.3: Si el paciente tiene más de una atención por un profesional no médico, ésta deberá ser asignada al profesional que cierra la atención.

Sección A.4: Atenciones de urgencia realizadas en establecimientos Atención Primaria no SAPU

Definiciones conceptuales :

Es la atención de Emergencia/Urgencia otorgada a un paciente en APS, que no dispone de SAPU o en horarios que no corresponden a atención SAPU.

Definiciones operacionales :

Se registran todas las consultas de urgencia efectuadas por Médico, Enfermera(o), Matrona(ón), Kinesiólogo, Técnico Paramédico y otros profesionales, desagregados por grupos de edad, sexo y beneficiarios, en APS.

Si la atención es brindada por Enfermera(o), matrona(ón) o Técnico Paramédico y se requiere atención por Médico corresponde el registro sólo de éste último.

Si el paciente tiene más de una atención, por un profesional no Médico, ésta deberá ser asignada al profesional que cierra la atención.

Regla de consistencia :

R.1: En la última columna se deben ingresar los beneficarios que fueron atendidos por el tipo de profesional.

R.2: Si la atención es brindada por profesional no médico , y se requiere atención por Médco, corresponde el registro sólo de éste último.

R.3: Si el paciente tiene más de una atención por un profesional no médico, ésta deberá ser asignada al profesional que cierra la atención.

Sección A.5: Consultas en sistema de atención de urgencia en Centros de Salud Rural (SUR) y Postas Rurales

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la atención inmediata segura y de calidad otorgada a un paciente en situación de Emergencia/Urgencia de carácter impostergable, que reside en localidades rurales en las que no existe otro establecimiento asistencial que cubra este tipo de demanda o es derivada del sector rural de su área de atención.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de atenciones de urgencia realizadas por Médico, Enfermera, Matrona, Kinesiólogo, Técnico Paramédico y otros profesionales, desagregados por grupos de edad y sexo, en Servicios de Urgencia Rural (SUR) y las Postas de Salud Rural, según la modalidad de organización determinados por el Ministerio de Salud.

Si el paciente tiene más de una atención, por un profesional no Médico, ésta deberá ser asignada al profesional que cierra la atención.

Las atenciones realizadas por profesionales no Médicos, en unidades de Urgencia, como apoyo a la acción médica, debe ser registrada en REM BS, en procedimientos.

Regla de consistencia :

R.1: En la última columna se consigna el número de atenciones efectuadas sólo a beneficiarios, que deben estar incluidas en el detalle por edad y sexo correspondiente.

Sección B: Categorización de pacientes en unidades de Urgencia, previa a la atención médica, en Hospitales de Alta y Mediana Complejidad

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la priorización o categorización de los pacientes que acuden a estas unidades, de acuerdo a criterios de gravedad de los mismos.

Esta priorización se basa en una categorización, establecida a través de un sistema de selección de usuarios (TRIAGE), que permite clasificar en forma rápida y efectiva a los pacientes de acuerdo a su gravedad o complejidad.

La categorización se define como:

- C1 (emergencia vital): Evaluación y manejo simultáneo inmediato (sin tiempo de espera). Por su condición de riesgo vital y hemodinamia inestable, el paciente es directamente reanimado.
- C2 (emergencia evidente-emergencia médica): Paciente con compromiso vital evidente y hemodinamia alterada. Por su condición, el paciente debe ser estabilizado.
- C3 (urgencia-emergencia médica relativa): Paciente con hemodinamia inestable o compromiso neurológico o de patrón respiratorio evidente. Por su condición, el paciente debe ser tratado.
- C4 (urgencia potencial-atención médica de urgencia): Paciente hemodinámicamente estable que requiere un procedimiento (diagnóstico o terapéutico) asociado. Por su condición, el paciente debe ser evaluado.
- C5 (consulta general): Toda situación clínica de manifestación espontánea y/o prolongada capaz de generar solo malestar y contrariedades generales en el paciente. Por la condición clínica asociada, tanto la asistencia médica como la indicación e inicio de tratamiento son resueltos a través de la Atención Primaria (APS), en forma ambulatoria sin condicionamiento de tiempo.

Para los establecimientos de menor complejidad que estén aplicando la herramienta de selección de demanda en la unidad de emergencia, pueden incorporar este registro en esta sección.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar a todos los pacientes, según grupo etario, excluyendo atención de urgencia obstétrica, atendidos en la unidad de Urgencias Hospitalarias (Alta y Mediana Complejidad), categorizados mediante el "selector de demanda" que debe ser registrado en la hoja Dato de Atención de Urgencia (DAU), desglosados en C1, C2, C3, C4 o C5, considerando:

Un paciente sólo puede ser registrado en una categoría. Si es omitida la categorización por el "selector de demanda" debe registrarse "sin categorización".

Esta actividad es realizada previamente a la consulta médica de urgencia.

Reglas de consistencia :

R.1: El total de paciente de la sección B debe ser coincidente con la sección A.1 "Atención médica niños y adultos".

R.2: Si se categoriza en más de una ocasión, se debe registrar sólo la 1ª categorización. Para efectos de esta sección sólo se deben informar las categorizaciones a los pacientes que tuvieron efectivamente una atención.

Sección C: Atenciones realizadas por médicos especialistas en las Unidades de Urgencia Hospitalaria

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las atenciones médicas realizadas por especialistas en las Unidades de Emergencia Hospitalaria. Estas especialidades, en la mayoría, no forman parte del staff Médico de una UEH, por lo que es importante llevar el registro de casos en los que se solicita la evaluación y atención de este tipo de especialistas.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de consultas de Urgencia/Emergencia Hospitalaria realizadas por Médico especialista en la UEH, según las especialidades indicadas y por grupo etario. Sólo para establecimientos de Alta o Mediana Complejidad.

En caso de pacientes que son vistos por dos o más médicos especialistas en la misma Unidad de Emergencia, se registrará el número de atenciones otorgadas por cada uno de los especialistas, independiente si el paciente tiene dos más atenciones de especialistas.

Reglas de consistencia :

R.1: El total de las atenciones realizadas por estos especialistas no se incluyen en sección A.1

R.2: El total de atenciones por especialista debe ser coincidente con registros en REM-BS consultas de urgencia según especialidad.

Sección D: Pacientes con indicación de hospitalización en espera de camas en UEH

Definiciones conceptuales:

El flujo de pacientes en las Unidades de Emergencia Hospitalaria de alta y mediana complejidad, puede finalizar en alta a domicilio indicación de hospitalización y/o derivación. Esta última actividad en la mayoría de los hospitales tiene un flujo lento, y los pacientes que se hospitalizan esperan camas en las Unidades de Emergencia Hospitalarias por horas.

La adecuada respuesta del establecimiento hospitalario de alta y mediana complejidad a la demanda de hospitalización de sus beneficiarios, se mide en las horas que el paciente con indicación de hospitalización permanece en la Unidad de Emergencia (UEH) en espera para ocupar una cama hospitalaria.

Pacientes con indicación de hospitalización: Son aquellos en que el profesional Médico, decide que el paciente debe acceder a una cama hospitalaria para recibir en forma inmediata atención médica, ya sea diagnóstica o terapéutica, pues de no mediar esta situación él puede sufrir daño permanente. Esto es independiente si el paciente espera en camilla, silla u otros. Lo importante es la indicación de hospitalización.

Pacientes que ingresan a cama hospitalaria según tiempo de demora al ingreso: Corresponde al tiempo que transcurre entre la hora de indicación de hospitalización y la hora en que el paciente ingresa al servicio clínico de destino, ocupando una cama hospitalaria.

Se han definido como tiempos de demora al ingreso, los siguientes periodos:

- Menos de 12 horas
- 12-24 horas
- Mayor a 24 horas

Aquellos pacientes que no se hospitalizan, habiendo recibido la indicación de hospitalización, se registran de acuerdo a las siguientes categorías:

Pacientes que rechazan la hospitalización: Corresponde a aquellos pacientes que a pesar de haber recibido la indicación médica de hospitalizarse en ese establecimiento, rechazan la hospitalización, ya sea para regresar a su hogar o para gestionar particularmente la hospitalización en otro establecimiento.

Pacientes derivados a otro establecimiento: Corresponde a aquellos pacientes que recibido la indicación médica de hospitalizarse en ese establecimiento, por motivos de oferta del hospital o de mayor capacidad resolutiva de su problema, se decide derivar a otro establecimiento de la red. Esta derivación debe ser gestionada por el establecimiento que decide la indicación de hospitalización y la derivación.

Pacientes que permanecen en UEH: Corresponde a aquellos pacientes que a pesar de haber recibido la indicación médica de hospitalizarse en algún área funcional del establecimiento, no accedieron a una cama hospitalaria y fueron dados de alta desde la misma Unidad de Emergencia Hospitalaria una vez resuelta su etapa aguda.

Pacientes que ingresa directamente a proceso quirúrgico: Corresponde a aquellos pacientes que recibió la indicación médica de hospitalización en la UEH y por el cuadro clínico fue derivado directamente a pabellón, sin acceder aún a una cama hospitalaria.

Esta sección excluye los pacientes que tienen indicación de hospitalización para el área funcional de obstetricia, estos pacientes son prioritarios, y no deben esperar para ingresar a cama hospitalaria. Esta sección incluye pacientes menores y mayores de 15 años.

Definiciones operacionales :

Se debe registrar el número de pacientes con indicación de hospitalización desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria de Alta y Mediana Complejidad.

Los pacientes hospitalizados se registran según tiempo de espera, desde la indicación de hospitalización hasta el ingreso a sala, este dato se sugiere que sea proporcionada por la unidad de gestión de camas del establecimiento.

La información de los pacientes que no se hospitalizan (por rechazo de hospitalización, por traslado a otro establecimiento, por permanecer aún en UEH y por ingresar directamente a proceso quirúrgico), se sugiere que sea proporcionada por la UEH.

Reglas de consistencia :

R.1: La suma de los pacientes según tiempo de demora al ingreso, más todos los pacientes que no se hospitalizan dará cuenta del número total de pacientes con indicación de hospitalización en una UEH.

R2: Los pacientes que ingresan directamente a proceso quirúrgico no deben ser desagregados por "pacientes que ingresan a cama hospitalaria según tiempo de demora al ingreso"

Sección E: Pacientes con indicación de observación en SAR

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la indicación del Médico del SAR que podrá mantener a pacientes en observación en camilla, por un tiempo límite de 6 horas, período en el cual se deberá definir conducta a seguir con cada paciente, ya sea traslado o alta a domicilio. Contarán con equipo técnico y profesional para manejo clínico.

Definiciones operacionales :

Por cada paciente que se haya mantenido en observación en camilla por indicación médica deberá registrarse el tiempo que se mantuvo en esa condición de acuerdo a los siguientes rangos:

- Menos de 2 horas
- De 2 a 6 horas
- Mayor a 6 horas

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F: Pacientes fallecidos en espera de atención médica +

Definiciones conceptuales +:

Corresponde a pacientes en espera ya sea de atención médica, en proceso de atención y en espera de cama hospitalaria y que fallecieron no recibiendo atención.

Pacientes fallecidos en espera de atención médica: Corresponde a aquellos pacientes que habiendo sido ingresados y registrado en DAU, no alcanzan a recibir la atención médica, independiente de haber sido categorizado.

Pacientes fallecidos en proceso de atención: Corresponde a aquellos pacientes que iniciada la atención médica, fallecen previo al alta o indicación de hospitalización u otro procedimiento.

Pacientes fallecidos en espera de cama hospitalaria: Corresponde a aquellos pacientes con indicación de hospitalización, fallece esperando ingresar a cama hospitalaria.

Definiciones operacionales +:

Los pacientes fallecidos se registran según sexo y edad en: Pacientes fallecidos en espera de atención médica, pacientes fallecidos en proceso de atención y pacientes fallecidos en espera de cama hospitalaria. Se debe identificar además, cuantos de estos usuarios eran beneficiarios FONASA.

La información de pacientes que fallecen, debe ser proporcionada por la unidad de emergencia hospitalaria, a través del DAU, cuyo registro de horas de atención, procedimientos e indicaciones médicas permitirá monitorear esta situación.

Regla de consistencia +:

R.1: El total de pacientes fallecidos declarados puede ser igual o menor al total de atenciones (columna C).

Sección G: Atenciones médicas asociadas a violencia ⚠

Definiciones conceptuales ⚠:

Corresponde a las atenciones médicas asociadas a violencia, según definiciones de la ley 20.066

Violencia: Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS)

Violencia intrafamiliar: Todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea, pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive del ofensor, su cónyuge o su actual conviviente, o bien, cuando esta conducta ocurre entre los padres de un hijo común, o sobre un menor de edad, adulto mayor o discapacitado que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.

Considera desde el punto de vista de la relación con el agresor/a:

- - Pareja / Ex Pareja: Quien sea o haya sido cónyuge o conviviente (Ley 20.066), esté o haya estado en una relación afectiva formalizada (ejemplo: un pololeo) o medianamente formalizada (ejemplo: una relación no sea nombrada oficialmente como pareja).

- - Familiar: Quien sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. (Ley 20.066)

Otras violencias: Todo acto de violencia ejercido por una persona conocida o desconocida, que no corresponda a una relación de pareja /ex pareja o familiar, que cause daño no accidental a otra, que pueda provocar o no lesiones externas, internas o ambas.

Considera desde el punto de vista de la relación con el agresor/a: Conocido, desconocido.

- - Conocido: Persona con quien se tiene trato o comunicación, pero no relación afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).

- - Desconocido: Persona no conocida o extraña que no tiene ningún tipo de relación amistosa, afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).

Considera desde el punto de vista de las lesiones por violencia intrafamiliar u otras provocadas a la víctima:

- Lesión Traumatológicas: Fractura por ejemplo: Muñeca, brazo y codo, Luxación de codo, daño de Ligamentos de dedo de la mano.

- Lesión Odontológica: Luxación Dentaria, Fractura Coronaria con o sin compromiso pulpar y/o Avulsión Dentaria.

- Lesión Contusional: Aplastamiento, mordeduras, quemaduras, asfixia, estrangulación, ahorcadura, puñetazos, patadas.

- Lesiones por arma: Heridas por arma blanca o por arma de fuego.

- Sin lesiones constatables: Lesiones en que no existe evidencia física observable.

Definiciones operacionales ⚠:

Se debe registrar el número de atenciones asociadas a violencia intrafamiliar u otras violencias, desagregadas por edad, sexo. Se debe registrar las atenciones realizadas a embarazadas, incluidas en los grupos de edad correspondientes.

Estas atenciones deben estar incluidas en las distintas secciones que corresponda según tipo de establecimiento o modalidad de atención (UEH, SAPU, No SAPU, SAR etc.)

Se debe registrar el número de atenciones asociadas a violencia intrafamiliar u otras violencias, desagregadas por la relación con el agresor y según sexo de éste y el tipo de lesiones que éste genera constatables o no constatables. Estas atenciones deben estar incluidas en las distintas secciones que corresponda según tipo de establecimiento o modalidad de atención (UEH, SAPU, No SAPU, SAR etc.)

El registro de tipos de lesiones será independiente del número de atenciones realizadas, esto es, que se debe registrar según áreas afectadas.

Reglas de consistencia ⚠:

R.1: El total de atenciones médicas asociadas a violencia intrafamiliar debe ser consistente con detalle por pareja/ex pareja y familiar.

R.2: El total de atenciones médicas asociadas a otras violencias debe ser consistente con detalle por agresor conocido o desconocido.

R.3: El tipo de agresor debe ser consistente con la sumatoria hombre mujer.

Sección H: Atenciones por anticoncepción de emergencia

Definiciones conceptuales :

Es la atención que solicitan en forma voluntaria las mujeres en la unidad de emergencia, entre los tres a cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado.

Definiciones operacionales :

Se registra la consulta por anticoncepción de emergencia realizada por Médico y Matrona (ón) que ocurre en la Unidad de Emergencia del establecimiento de salud, con y sin entrega de anticonceptivo, desagregadas según edad.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección I: Motivos de atención por emergencia obstétrica al Servicio de Urgencia (Establecimientos de Alta y Mediana Complejidad)

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las embarazadas que consultan a urgencia por alguna emergencia obstétrica, según las patologías definidas por el programa. No incluye los traslados de un establecimiento a otro.

Las patologías clasificadas en este nivel son: Preeclampsia Severa, Eclampsia, Síndrome Hipertensivo del Embarazo SHE, Retardo en el Crecimiento Intrauterino RCIU, HELLP (Hemólisis, Enzimas Hepáticas Elevadas y Plaquetopenia), Parto Prematuro, Hemorragia I, II y III Trimestre, Rotura Prematura de Membrana, otras patologías (HTA, crónica, Nefropatía, Cardiopatía, etc.) y trabajo de parto sin patología.

Definiciones operacionales :

Se registra el motivo de consultas de embarazadas por una emergencia obstétrica a la UEH.

Se registra la patología principal por la que consultó, es decir la asociada a los síntomas que generaron la atención en al UEH, es decir una consulta, una patología.

La atención realizada se registra como consulta en sección A.1.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección J: Llamados de urgencia a Centro Regulador

Definiciones conceptuales :

N° de llamadas al Centro Regulador: Llamada que comunica una situación de emergencia, se realiza a través del número telefónico 131, la que llega a una central telefónica ubicada en el centro regulador.

El paramédico regulador recepciona la llamada y al confirmar si la llamada es válida o no, la registra. Determinando datos básicos de la llamada, interroga al solicitante con un cuestionario pre-establecido, destinado a detectar gravedad y compromiso vital inmediato o potencial.

Total de llamadas: Llamadas que recibe el Centro Regulador.

Llamadas válidas: Llamadas que recibe el Centro Regulador y que efectivamente corresponden a una situación de urgencia o emergencia médica y que puede o no establecer una situación de riesgo vital o secuela funcional grave. Se excluye de aquellas todas las llamadas que no corresponde a una atención de urgencia (llamadas equivocadas, llamadas con pitanzas telefónicas, entre otras.)

Definición operacional :

Se debe registrar el número de total llamadas y las llamadas válidas recepcionadas en el Centro Regulador.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección K: Intervenciones pre hospitalarias (SAMU)

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la atención clínica directa que realiza el equipo de intervención pre hospitalaria (SAMU). Esta intervención puede ser básica o avanzada según norma técnica N°17 vigente.

Intervención móvil básico: Móvil de intervención que entrega cuidados básicos e intermedios, según la normativa.

Intervención móvil avanzado: Móvil de intervención que entrega cuidados intermedios y avanzados, según la normativa.

Cuidados avanzados: Es la atención entregada a pacientes que requieren apoyar un procedimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada, elementos de manejo avanzado de la vía aérea, acceso vascular, soporte farmacológico, monitorización y /o desfibrilación.

Intervención crítica: Atención prehospitalaria clínica que se le entrega a un paciente que se encuentra en un estado de gravedad por compromiso vital inmediato o secuela funcional grave. Esta intervención debiese estar generado de manera prioritaria por móvil de intervención avanzada.

Intervenciones no críticas atención prehospitalaria clínica que se le entrega a un paciente que se encuentra en una situación de Urgencia o Emergencia, pero que no presenta riesgo vital inminente o secuela funcional grave.

Tiempos de llegada según tipo de inteverción: Se debe desglosar el tipo de inteverción por el tiempo de llegada desde que se genera la indicación de salida del móvil desde el centro regulado al momento de llegada al lugar del incidente. Los tramos de tiempos son: 0 a 20 minutos, 20 a 40 minutos y más de 40 minutos.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de intervenciones clínicas prehospitalarias de cada uno de los móviles que salen desde el Centro Regulador de acuerdo a su clasificación, asegurando así que todo movimiento asociado a estos equipos estén respaldados por una llamada válida al SAMU.

Debe detallar su desglose por tipo de intervención y los tiempos de llegada asociadas a cada incidente.

La fuente de información es el Centro Regulador SAMU.

Regla de consistencia :

R.1: El total de intervenciones debe ser consistente con su desglose por tiempo de llegada, tanto para las críticas como no críticas.

Sección L: Traslados primarios a unidades de Urgencia (Desde el lugar del evento a Unidad de Emergencia)

Definiciones conceptuales :

La información que se registra en esta sección es generada por los establecimientos que reciben pacientes trasladados a la unidad de emergencia y está referida al medio de transporte y a la condición del paciente, crítico y no crítico (riesgo vital o no), es decir se refiere al transporte por parte del equipo de intervención prehospitalaria a una de emergencia desde el sitio del evento que gatillo la intervención. Este traslado se realiza por MOVIL SAMU básico o Movil SAMU Avanzado.

Traslado básico: Es el que se realiza desde el lugar donde se produce el evento, (que puede ser la vía pública o el domicilio), hasta una unidad de emergencia para su atención. Corresponde al transporte de pacientes que no tienen compromiso vital, con escasa o nula potencialidad de agravación. El equipamiento de esta ambulancia, por lo tanto, no necesita ser complejo y el requerimiento está dado por lo necesario para asegurar la posición del paciente y algún elemento de ayuda básica. Dentro de éstos se contemplan elementos de inmovilización y extricación y de manejo no invasivo de la vía aérea.

Su tripulación considera dos personas; un conductor y un Técnico Paramédico, ambos debidamente capacitados en atención prehospitalaria.

Traslado avanzado: Corresponde al transporte de pacientes con compromiso vital, que pueden o no estar inestables. El equipamiento de este móvil incluye, además de los especificados en la ambulancia básica, elementos necesarios para apoyar un procedimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada, elementos de manejo avanzado de la vía aérea, acceso vascular, soporte farmacológico, monitorización y / o desfibrilación.

Su tripulación considera a tres personas que pueden estar conformadas de alguna de las siguientes maneras: 1. Un conductor, un Técnico Paramédico y un profesional reanimador. 2. Un conductor, y dos profesionales reanimadores 3. Un conductor, un Técnico Paramédico y un Médico, todos capacitados en atención prehospitalaria.

Traslado enrutado: Corresponde al traslado de pacientes en un móvil básico que no pertenece a la dotación SAMU pero que esta regulado para traslado de pacientes por el Centro que generalmente son móviles que pertenecen a hospitales de menor complejidad o establecimientos de APS.

Traslado no SAMU: Se refiere al traslado de pacientes de urgencia en distintos medios de transporte clasificados en: terrestre (ambulancia básica), marítimo o aéreo.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de traslados de pacientes de urgencia efectuados en el mes, según el tipo de móvil o medio de transporte utilizado, desagregada esta información en total de traslados, traslados a beneficiarios y por compra de servicios u otros.

Compra de Servicio: Corresponde a aquellos traslados realizados a través de mecanismos de compra de servicios a empresas externas a los Servicios de Salud, en las distintas modalidades de Traslado.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección M: Traslados secundario (Desde un establecimiento a otro)

Definiciones conceptuales :

Traslado secundario: Transporte de paciente por parte del equipo de intervención prehospitalaria que se realiza en la red salud. Este transporte puede ser desde la Atención Primaria hacia un centro hospitalario, entre centros hospitalarios de menor o igual resolución a hacia centro con resolución fuera de su lugar de jurisdicción administrativa.

Traslado secundario de paciente crítico (profesionalizado): Se refiere al traslado de un paciente con riesgo vital, desde el lugar donde se produce el evento hasta una Unidad de Emergencia para su atención. Habitualmente el medio de transporte es por medio de ambulancias de Atención Pre hospitalaria Profesionalizados SAMU (Móvil M2-M3), o ambulancias privadas profesionalizadas.

Traslado secundario de paciente no crítico: Se refiere al traslado de un paciente sin riesgo vital a una UEH para su atención. El medio de transporte puede ser en Ambulancias Básicas de atención Pre hospitalaria SAMU (Móvil M1), ambulancias SAPU, otras ambulancias hospitalarias No SAMU o ambulancias privadas.

Traslado Secundario de Paciente Crítico Aéreo: Se refiere al traslado de un paciente crítico por vía área desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente Crítico Terrestre Profesionalizado: Se refiere al traslado de un paciente crítico por vía terrestre desde un establecimiento a otro. El medio de transporte puede ser Móviles M2 o M3, o ambulancias privadas profesionalizadas.

Traslado Secundario de Paciente Crítico Marítimo: Se refiere al traslado de un paciente crítico por vía marítima, desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente No Crítico Aéreo: Se refiere al traslado de un paciente no crítico por vía aérea desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente No Crítico Terrestre: Se refiere al traslado de un paciente no crítico (sin riesgo vital) por vía terrestre y el medio de transporte puede ser Móvil 1, Ambulancias SAPU u otra ambulancia, desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente No Crítico Marítimo: Se refiere al traslado de un paciente no crítico por vía marítima desde un establecimiento a otro.

Definiciones operacionales :

Se debe registrar el número de pacientes que son trasladados a la UEH, según tipo de traslado (SAMU y no SAMU) durante el mes, desagregando esta información en tipo de traslado, total de traslados, traslados a beneficiarios, por compra de servicios y otros.

Compra de Servicio: Corresponde a aquellos traslados realizados a través de mecanismos de Compra de Servicios a empresas externas a los Servicios de Salud, en las distintas modalidades de Traslado.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección N: Clasificación de las intervenciones por grandes grupos diagnósticos SAMU

Definiciones conceptuales :

Con la finalidad de monitorear las principales causas de intervención de los equipos de traslado SAMU se incluyen:

Síndrome Coronario Agudo: Conjunto de signos y sintomas atribuibles a dolor toráxico no traumatico que tienen un origen de tipo isquemico. Incluye los Infartos Agudos al Miocardio con sufradesnivel, sin sufradesnivel y las anginas inestables.

Paro Cardiorespiratorio: Es la detención de la capacidad de la respiración y de latido cardiaco de un individuo que requiere un soporte cardiorespiratorio tiempo dependiente.

Politraumatismo: Incluye a todo que provoca lesiones de origen traumático que afecta al menos dos sistemas, de las cuales al menos una de ellas puede comprometer la vida. En niños, considerando su tamaño y su esquesa volemia, las fracturas mútiples constituyen también un politraumatismo.

Otros: Incluye patologías tales como, Ataque Cerebrovascular definido como una emergencia médica, que ocurre cuando se interrumpe el flujo sanguineo cerebral a un territorio del cerebro producto de una obstrucción súbita del flujo o producto de un evento hemorrágico no traumático cerebral.

Definiciones operacionales :

Se registra cada una de la causas según sexo y edad desagregada por grupos quinquenales.

Regla de consistencia :

R.1: La sumatoria de cada uno de los grupos debe ser coincidente con la columa total desagregadas según sexo y total.

Sección O: Atenciones en urgencia por violencia sexual

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las atenciones por violencia sexual atendidas en la Unidades de Emergencia, clasificadas en; con sospecha de penetración y sin sospecha de penetración (definiciones Ley 20.066).

Y cada una de ellas se desagrega en:

- Aguda: Agresión sexual realizada en menos de 72 horas, en la que pueden obtener evidencia del hecho. Se debe administrar profilaxis de VIH e ITS y si corresponde, entrega de anticoncepción de emergencia.
- No aguda: Agresión sexual realizada en un tiempo superior a 72 horas. Se podría administrar profilaxis de VIH e ITS y si corresponde, entrega de anticoncepción de emergencia.
- Crónica: Agresión sexual realizada en un tiempo superior a 72 horas y reiterado. Se podría administrar profilaxis de VIH e ITS y si corresponde, entrega de anticoncepción de emergencia.

Definiciones operacionales :

Corresponde a la prestación de Médicos-Peritos otorgadas por violencia sexual. Se debe registrar el número de usuarios atendidos por grupos etarios y sexo.

Se debe consignar el número de usuarios que recibieron anticoncepción de emergencia, los que no recibieron, a su vez la aplicación de profilaxis VIH y/o profilaxis de ITS.

Se debe registrar la relación con el victimario y según sexo:

- Pareja / Ex Pareja: Quien sea o haya sido cónyuge o conviviente (Ley 20.066), esté o haya estado en una relación afectiva formalizada (ejemplo: un pololeo) o medianamente formalizada (ejemplo: una relación no sea nombrada oficialmente como pareja).

- Familiar: Quien sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. (Ley 20.066)

- Conocido: Persona con quien se tiene trato o comunicación, pero no relación afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).

- Desconocido: Persona no conocida o extraña que no tiene ningún tipo de relación amistosa, afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).

Reglas de consistencia :

R.1: La sumatoria de cada uno de los grupos quinquenales según sexo debe ser coincidente con la sumatorias de total y sexo.

R.2: La sumatoria de las columnas relacionadas con victimario debe ser concordante con el total y a su vez, éstas con su detalle por hombre y mujer.

Sección P: Atenciones médicas por violencia sexual

Definiciones conceptuales :

Los profesionales que realizan la atención son Médicos (Generales, Ginecólogos o Pediatras) que han recibido capacitación de peritaje forense, y serán consultores de llamada. El objetivo es mejorar la pesquiza sexológica forense en niños, niñas, adolescentes y adultos y fortalecer todo el proceso de atención de víctimas de delitos sexuales que acudan a los servicios de urgencia, con el fin de evitar la victimización secundaria.

Esta sección se desagrega por tipo de atención:

- Atención por Médicos de peritaje forense

- Atención otros Médicos sin capacitación formal en peritaje forense

Definiciones operacionales :

Corresponde a la prestación de Médicos-Peritos Forenses, y/o otros Médicos de Servicios de Emergencia Hospitalaria, que acudirán de llamada a realizar la atención. se debe registrar el número de usuarios atendidos.

Regla de consistencia :

R.1: El total de esta sección debe ser menor a igual al total de la sección P.

Sección Q: Atenciones de urgencia asociadas a lesiones autoinfligidas

Definiciones conceptuales :

Corresponden a las atenciones en que se detecta que el paciente se ha autoprovocado daño con o sin intención de suicidarse.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se hace mención en el capítulo de Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad, en el Grupo X60-X84 (Lesiones autoinfligidas intencionalmente"), donde se incluye envenenamiento, ahorcamiento, disparo, objeto cortante, saltar de un lugar elevado, colocarse delante de objeto en movimiento, u otros métodos especificados o no especificados

Definición operacional :

Corresponde registrar las atenciones otorgadas a pacientes que presentan lesiones autoinfligidas, sin distinción del profesional médico o no médico que otorgue la atención. Se deberá registrar según grupo de edad y sexo.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A.09: Atención de Salud Odontológica en APS y Especialidades

Corresponde a la actividades odontológicas realizadas tanto en APS (aquellas acciones con un nivel de complejidad menor, sean estas promocionales, preventivas y recuperativas básicas, independiente si el establecimiento en que se realizan, sea Centro de Salud Familiar, Consultorio General Urbano, Centro de Referencia de Salud o Centro de Especialidades Odontológicas), especialidades y móviles dentales según los diferentes programas que buscan mantener o mejorar la salud bucal de la población a través del ciclo vital.

Secciones del REM-A.09

Sección A: **Consultas y controles odontológicos.**

Sección B: **Otras actividades de odontología general.**

Sección C: **Ingresos y egresos en establecimientos APS.**

Sección D: **Interconsultas generadas en establecimientos APS.**

Sección E: **Consultas odontológicas en horario continuado.**

Sección F: **Actividades en atención de especialidades.**

Sección F.1: **Actividades de apoyo en atención de especialidades.**

Sección G: **Programas Especiales y GES.**

Sección G.1: **Programa Sembrando Sonrisas.**

Sección H: **Sedación y anestesia.**

Sección I: **Consultas, ingresos y egresos a tratamientos en establecimientos de Nivel Secundario y Terciario.**

Sección J: **Actividades efectuadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienistas Dentales.**

Sección K: **Gestión de agenda (unidades dentales móviles).**

Sección L: **Consultorías de especialistas otorgadas.**

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A.09

Las actividades realizadas por compra de servicios odontológicos, corresponden a aquellos servicios que se realizan en establecimientos que no pertenezcan a la Red de Atención Pública en Salud. Estas actividades deben ser registradas en la columna compra de servicio y no deben ser desglosadas por edad ni sexo (ni incluidas dentro del total de actividades del establecimiento).

Sección A: Consultas y controles ondontológicos

Definiciones conceptuales :

Indentifica el tipo de atención que se realiza el paciente que acude a un establecimiento de salud, de acuerdo a los siguientes tipos de actividades:

Consulta de morbilidad odontológica: Corresponde a una atención profesional otorgada por un Odontólogo (una sesión), con el objetivo de dar solución a un problema de salud oral específico por solicitud del paciente. Esta prestación incluye anamnesis, examen, hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas. Un paciente puede recibir una o más consultas de morbilidad odontológica en un año.

Control odontológico: Es la atención que se otorga al paciente, con el objeto de registrar la evolución del tratamiento realizado, prevenir y detectar cuadros mórbidos y con un rendimiento menor a una consulta de morbilidad.

Consulta de urgencia (GES): Corresponde al paciente atendido por una urgencia odontológica ambulatoria (Garantía Explícita en Salud), que requiere un tratamiento odontológico inmediato e impostergable, cuya atención se otorga por demanda espontánea cada vez que el paciente cumple con el criterios definidos como GES.

Inasistencia a consultas: Corresponde a aquellas consultas de Morbilidad, control odontológico y consulta de urgencia GES, en las cuales, el paciente no acude y no fue reconvertida.

Entiéndase la atención odontológica a pacientes en situación de discapacidad, como la actividad odontológica realizada en establecimientos de la red de salud a pacientes con una condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional que requieren tratamiento dental.

Definiciones operacionales :

Se registran las actividades de acuerdo a grupos de edades, sexo, condición de gestante, 60 años y situación discapacidad en aquellos usuarios que la presenten (Trastornos del Espectro Autista, Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, Epidermólisis Bullosa u otras que impliquen un periodo de sensibilización y adaptación a la atención odontológica).

El tipo de consulta es independiente del horario que se ejecute.

Consulta de Morbilidad Odontológica: Se excluyen en este registro todas las consultas de morbilidad odontológicas realizadas en el programa de reforzamiento "consultas de morbilidad odontológica en extensión horaria a población mayor de 20 años", las cuales deben registrarse en la sección G. Se deberán registrar las actividades realizadas en la consulta de morbilidad, en la sección B.

Control Odontológico: Se incluye el control posterior al alta odontológica, control posterior a la consulta de morbilidad y control con enfoque de riesgo odontológico. Además de incluye todas aquellas consultas denominadas en años anteriores como "consulta de tratamiento odontológico", requeridas por un paciente, desde que fue ingresado hasta su respectivo egreso o alta cada vez que el paciente asista en un año calendario, desde la primera consulta (ingreso). En caso de encontrarse una nueva patología buco dental en control, se debe derivar a consulta de morbilidad, según sea el caso.

Consulta de Urgencia (GES): Se deberán registrar las actividades realizadas en la consulta de urgencia en la sección B.

Reglas de consistencia :

R.1: Las actividades de la columna correspondiente a 60 años deben estar incluidas en el grupo de 20 a 64 años.

R.2: Las actividades realizadas a población embarazadas deben estar incluidas en el grupo de edad que corresponda.

R.3: Las actividades realizadas a población con condición de discapacidad, en un establecimiento de salud, deben estar incluida en el grupo de edad que corresponda.

R.4: En caso de que la actividad a un usuario con situación de discapacidad sea realizada en domicilio, ésta debe registrase en el REM A.26 "sección C: Visitas con fines de tratamientos y/o procedimientos en domicilio; actividad odontológica en domicilio" y no en el REM A-09.

Sección B: Otras actividades de odontología general

Definiciones conceptuales :

En esta sección se consignan todas las actividades de promoción, prevención, recuperativas y de apoyo diagnóstico de nivel primario realizadas en el establecimiento.

Éstas corresponden a:

- Educación individual con instrucción de técnica de cepillado: Incluye el control de placa bacteriana y la instrucción de técnicas de higiene oral, la cual debe realizarse en todo paciente que ingresa a tratamiento odontológico integral o a control con enfoque de riesgo odontológico, pudiendo reforzarse en sesiones consecutivas, según necesidad, entendiendo que se pretende alcanzar un adecuado control de placa por el paciente y/o su cuidador(a) responsable.

- Consejería breve en tabaco: Intervención simple y corta, de carácter individual, personalizada, de 3 a 5 minutos de duración, destinada a valorar estilos de vida saludables y aconsejar un cambio de conducta, en el caso de detectar el consumo de tabaco como factor de riesgo, en la población objetivo: 12 años y embarazadas, pudiendo ampliarse a otros menores de 15 años y a adultos. Utilizar orientación práctica para la consejería breve anti tabáquica.

- Educación grupal: Corresponde al número de sesiones educativas efectuadas a grupos específicos, en el establecimiento o fuera de él, a un grupo de 5 o más personas.

- Examen de salud oral: Es la atención proporcionada a las personas con el objeto de diagnosticar su nivel de salud bucal y establecer un plan de tratamiento. Cada ingreso a tratamiento o a control con enfoque de riesgo odontológico debe incluir el examen de salud oral.

- Aplicación de sellantes: Es la protección específica según riesgo cariogénico, realizada especialmente a los molares y premolares recién erupcionados.

- Fluoración tópica barniz: Es la aplicación de fluoruros realizada individualmente en la superficie de los dientes, según riesgo cariogénico.

- Pulido coronario: Corresponde a la sesión de profilaxis destinada a la eliminación de la placa bacteriana, de manchas o tinciones extrínsecas de tabaco, comida, bebida o medicamentos presentes en la corona clínica del diente.

- Actividad interceptiva de anomalias dento maxilares (OPI): Corresponde al registro de examen, diagnóstico, planificación de tratamiento interceptivo, controles, desgastes selectivos e instalación de aparato interceptivo para anomalías dentomaxilares.

- Destartraje supragingival: Corresponde a la sesión destinada a la eliminación del tártaro presente en la corona clínica del diente.

- Exodoncia: Es la extracción de un diente temporal o definitivo, indicada y/o programada o por urgencia, en cualquier nivel de atención.

- Pulpotomía: Procedimiento clínico que consiste en la extirpación de la pulpa cameral inflamada en dientes temporales o permanentes vitales, y su correspondiente relleno.

- Restauración provisoria: Es la obturación provisoria de un diente, temporal o permanente. Ésta incluye aquellas restauraciones provisorias de vidrio ionómero en dientes permanentes.

- Restauración estética: Es la obturación definitiva de un diente, temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante composite u otro material de obturación estético.

- Restauración de amalgama: Es la obturación definitiva de un diente, temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante Amalgama.

- Obturaciones vidrio ionómero en diente temporal: Es la obturación definitiva de un diente, temporal, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante Vidrio Ionómero

- Destartraje subgingival y pulido radicular por sextante: Corresponde al tratamiento terapéutico destinado a la remoción desde la superficie radicular (subgingival) de la placa bacteriana y tártaro a través de instrumental manual y/o ultrasonido.

- Desinfección bucal total: Terapia alternativa de tratamiento periodontal consistente en raspado y pulido radicular, diseñada para atacar tanto los sacos periodontales, como los nichos intraorales de bacterias patogénicas en 2 sesiones, en un lapso de 24 horas. Ver norma técnica.

- Procedimientos médico-quirúrgicos: Corresponden a actividades realizadas en el tratamiento de la Urgencia, tales como: GUNA, complicación post exodoncia, Pericoronaritis, Pulpitis, tratamiento de traumatismo dentoalveolares, trepanación, ferulización, aseo quirúrgico o curetaje alveolar, sutura, drenaje de absceso submucoso, subperiostico u otro/ o flegmón orocervical de origen odontogénico, indicación de radiografías, prescripción de fármacos y otras actividades propias del tratamiento de urgencias odontológicas.

- Radiografía intraoral: Actividad que complementa el diagnóstico clínico sobre la base de imágenes radiológicas. Se agrupan las técnicas Retroalveolares, Bite Wing y Oclusales que se tomen en este nivel de atención.

Definiciones operacionales :

Se registran todas las acciones realizadas promoción, prevención, recuperativas y de apoyo diagnóstico de nivel primario en APS y de especialidades de acuerdo a grupos de edades, sexo, condición de gestante, beneficiarios, 60 años, compra de servicio (a clínica particular para realizar las acciones y/o ejecutar altas integrales, las cuales no formarían parte de la producción propia del establecimiento no deben estar desagregados) y situación discapacidad en aquellos usuarios que la presenten.

- Aplicación de sellantes: Se registra por cada diente sellado.

- Fluoración tópica barniz: Se registra una fluoración por sesión de aplicación de flúor barniz en todas las superficies dentarias.

- Pulido coronario: Se registra una profilaxis por sesión.

- Destartraje supragingival: Se registra un destartraje por sesión.

- Pulpotomía: Se registra por cada pulpotomía terminada.

- Restauración estética: Se registra por cada pieza obturada.

- Restauración de amalgama: Se registra por cada diente obturado.

- Obturaciones vidrio ionómero en diente temporal: Se registra por cada pieza obturada.

- Destartraje subgingival y pulido radicular por sextante: Se registra por sextante.

- La radiografía intraoral: Se una por cada diagnóstico de placa o imagen obtenida, desagragada por gruo de edad o de riesgo.

- En el contexto del Programa Sembrando Sonrisas, la actividad de educación grupal se registrará en la edad de 5 años (independiente de las edades de los asistentes) ingresándose esta educación como una única actividad. Los exámenes de salud y aplicaciones de flúor, se registran en sección G.1.

Reglas de consistencia :

R.1: Las actividades de la columna correspondiente a 60 años deben estar incluidas en el grupo de 20 a 64 años.

R.2: Las actividades realizadas a población embarazadas deben estar incluida en el grupo de edad que corresponda.

R.3: Las actividades realizadas a población con condición de discapacidad, en un establecimiento de salud, deben estar incluida en el grupo de edad que corresponda

Sección C: Ingresos y egresos en establecimientos APS

Definiciones conceptuales :

Esta sección abarca a los usuarios que se encuentran priorizados en población bajo control con enfoque de riesgo odontológico y las metas asociadas a altas odontológicas en el nivel primario, por lo tanto corresponderán a aquellos pacientes que se registran en la sección A “Consulta de Morbilidad” y “Control Odontológico”.

Se definen de la siguiente manera:

Ingresos a tratamiento odontología general: Corresponde al usuario que inicia su tratamiento odontológico integral en APS, con la intención de alcanzar un alta odontológica (preventiva o integral), en el año calendario. Todo usuario ingresado a tratamiento debe contar con su registro de ceod o COPD según corresponda. Solo debe realizarse un ingreso por paciente en año calendario.

Nota: El tratamiento odontológico que continúa de un año calendario a otro (arrastre) no genera un nuevo ingreso a tratamiento.

Ingreso a Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO): Corresponde a niños y niñas menores de 6 años que ingresan por primera vez al bajo control con enfoque de riesgo odontológico en establecimientos del nivel primario de atención, con el fin de reforzar la promoción de la salud oral y de controlar periódicamente los factores de riesgo.

Egreso de Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO): Corresponde al total de niños y niñas que dejan de controlarse, ya sea por traslado, fallecimiento o edad (cumple 6 años).

- - Egresos por Traslado: Corresponde a las personas que se trasladan a otro establecimiento de la red, del mismo Servicio de Salud u otro, para continuar con su tratamiento. Generalmente, se produce por cambio de domicilio.

- - Egresos por Fallecimiento: corresponde a las personas que egresan por fallecimiento por cualquier circunstancia.

- - Egresos por Edad: Corresponde a las personas que cumplen 6 años de edad, puesto que la población bajo control está orientada a menores de 6 años

Altas odontológicas preventivas: Se refiere al número de usuarios que una vez examinados no se les constaten patologías, pudiendo ser calificados como "sanos" y recibir medidas de prevención específicas como educación de cepillado de dientes y alimentación saludable, así como pudiendo ser calificados "en riesgo" y que, además de los refuerzos educativos respectivos, se le apliquen algunos de los siguientes tratamientos preventivos: profilaxis, aplicación de sellantes y fluoración tópica, según edad.

Altas odontológicas integrales (excluye las altas dadas en los programas especiales de la sección g): Se registra el número de usuarios que han terminado su tratamiento de odontología general en aps, cumpliendo las etapas de examen, diagnóstico, entrega de refuerzo educativo, prevención específica, recuperación y de apoyo que sean pertinentes.

Altas odontológicas totales: Es la sumatoria de las altas preventivas e integrales, incluidas las altas integrales de la sección G de programa especiales.

Egresos por abandono: Corresponde a las altas por inasistencias, es decir a la ausencia o no presentación del usuario a una citación formal y conocida por él para una atención, y se entenderá por "abandono de tratamiento" tres inasistencias debidamente informadas al usuario.

Índice COPD o ceod en pacientes ingresados: Índice odontológico de patología de caries que establece la sumatoria de dientes cariados, obturados y/o perdidos por caries, ya sea en dientes definitivos (COPD) o en dientes temporales (ceod). Para los niños de menos de 1 año, 1, 2, 3, 4, 5 y 6 años se utilizará sólo el indicador de dientes temporales (ceod) y para los de 12, menores de 15 años, 15 -19 años, 20-64 años, mayores de 65, embarazadas se utilizará sólo el indicador de dientes definitivos COPD.

Definiciones operacionales :

Se registran las ingresos o egresos de acuerdo a grupos de edades o de riesgo, sexo, condición de gestante, 60 años, compra de servicio y situación discapacidad en aquellos usuarios que la presenten.

Las altas odontológicas han de ser registradas por número de personas y no por actividades en el año, vale decir se podrá registrar solo un tipo de alta por usuario por año calendario.

Todas las altas integrales GES embarazadas de APS, han de ser registradas en esta sección. Si la gestante es derivada a nivel secundario, esta debe ser dada de alta en APS (alta básica de nivel primario no implica cerrar caso en SIGGES) y el establecimiento que la recibe registrará las actividades otorgadas, su ingreso y el alta de nivel secundario dependiendo de la especialidad resuelta debe ser registrada en la sección F e I respectivamente.

Altas preventivas en GES 60 años, si se presentan del tipo preventiva (usuario sano o en riesgo sin daño) deben ser registradas en esta sección, sin embargo si el alta otorgada a un adulto de 60 años es integral (incluye prestaciones de Programa de Reforzamiento) debe ser registrada en sección G, pues forma parte de altas que se resuelven con recursos extraordinarios, en este caso GES 60 años.

Egresos por abandono: Corresponde anotar el número de usuarios que abandonaron su tratamiento de odontología general, quedando el tratamiento inconcluso.

Índice COPD o ceod en pacientes ingresados a odontología general: Se debe registrar solo al momento del Ingreso a tratamiento odontología general o ingreso a control con enfoque de riesgo odontológico y en forma anual para aquellos usuarios que se mantengan en control con enfoque de riesgo odontológico.

Reglas de consistencia :

R.1: Las altas totales deben ser consistentes con los ingresos a tratamiento, variando del 100% solo por bajas de adherencia (abandonos) y por traspaso de pacientes en tratamiento de un período a otro.

R.2: Los grupos específicos deben estar incluidos según tipo de edad y sexos.

R.3: Si un ingreso a tratamiento de odontología es una derivación de urgencia, se registrará como morbilidad odontológica sección A.

Sección D: Interconsultas generadas en APS

Definiciones conceptuales :

Son todas aquellas Solicitudes de Interconsulta (SIC) que se emiten desde APS hacia los niveles de mayor complejidad. Este registro sirve para dar cuenta de las necesidades de tratamiento de especialidad.

En casos con modelo de contraloría médica (odontólogo triador) incorporadas, considerar sólo las interconsultas pertinentes ya validadas por triador en sección D. El registro completo del total de demanda (incluida la no pertinente a nivel local, debe ser registrada en sistema de referencia Ges y no GES existente).

Definiciones operacionales :

Se debe registrar el total de interconsultas generadas para las especialidades de Endodoncia, Rehabilitación Oral (sea para prótesis fija o removible), Cirugía Bucal y Traumatología Máxilo Facial, Odontopediatría, Ortodoncia, Periodoncia, Radiología y Trastornos Temporo Mandibulares. En el caso de las gestantes, se registran las interconsultas a tratamiento en el nivel secundario, para llevar un registro de demanda en el contexto GES salud oral integral de la embarazada.

Regla de consistencia :

R.1: Debe existir consistencia en el número de SIC emitidas y registradas vía REM con casos reportados vía sistema de referencia GES y no GES (SIGGES y módulos referencia o RNLE). En casos con referencia electrónica en que se incluye contraloría odontológica, la consistencia debe darse con el volumen de SIC catalogadas como pertinentes.

Sección E: Consultas odontológicas en horario continuado

Definiciones conceptuales :

Corresponde al total de consultas odontológicas efectuadas por Odontólogos durante las horas trabajadas por concepto de horario continuado (Extensión Horaria o atención en día Sábado, Domingo o Festivo).

Definiciones operacionales :

En esta sección se deben registrar las consultas que se realizan fuera de la jornada normal del establecimiento por sexo de los pacientes.

No se deben registrar en esta sección las consultas en extensión horaria por Programas de Reforzamiento (Morbilidad del Adulto y Altas integrales en estudiantes de cuarto año medio)

Regla de consistencia :

R.1: Dichas actividades deben registrarse en su detalle en sección A y B (tipo de consulta y acciones realizadas).

Sección F: Actividades en atención de especialidades

Definiciones conceptuales :

Examen y Diagnóstico de Especialidad:

Son las actividades que se realizan a nivel secundario de especialidades odontología (independiente del tipo de establecimiento donde éstas se realicen), que se incluyen en el REM, y son las siguientes:

- Examen y diagnóstico de especialidad: Es la atención proporcionada a las personas con el objeto de diagnosticar su nivel de salud bucal y establecer un plan de tratamiento por parte del especialista.

- Actividad de urgencia especialidades: Es la atención de urgencia dada a un paciente que así lo requiera, e incluye, entre otras, Cementación de PFU, provisorios, Trepanaciones, Recubrimientos, Sutura de tejidos blandos, terapia farmacológica de infecciones odontogénicas, que corresponden a acciones de nivel de especialidad.

- Obturación directa e indirecta: Registrar el número de dientes obturados con amalgama, composite o vidrio ionómero y aquellas en las que se utiliza la técnica de confección de inlays u onlays.

- Endodoncia actividad

- Periodoncia actividad

- Tratamiento de endodoncia unirradicular
- Tratamiento de endodoncia birradicular
- Tratamiento de endodoncia multirradicular
- Destartraje subgingival y pulido radicular por sextante: Corresponde al tratamiento terapéutico realizado por el periodoncista destinado a la remoción desde la superficie radicular de la placa bacteriana y tártaro, a través de instrumental de ultrasonido; así como la remoción de placa, tártaro y cemento contaminado con endotoxinas, con el fin de biocompatibilizar los tejidos y permitir la correcta inserción del tejido conectivo, a través de instrumental manual específico.
- Férula periodoncia
- Instalación plano de alivio oclusal
- Cirugía periodontal
- Instalación aparato ortopedia pre-quirúrgica (fisura labio palatina)
- Ortopedia pre-quirúrgica actividad (fisura labio palatina)
- Ortodoncia actividad
- Instalación aparato de ortodoncia
- Instalación aparato fijo de ortodoncia
- Instalación aparato de contención
- Prótesis fija (unitaria o plural)
- Prótesis fija provisoria (unitaria o plural)
- Prótesis removible acrílica
- Prótesis removible metálica
- Reparación de prótesis
- Cirugía bucal (intervención)
- Cirugía y traumatología máxilo facial intervención
- Controles de cirugía bucal y traumatología máxilo facial
- Tratamiento de traumatismos dento alveolares

- Instalación de implante endo-oseo oseointegrable

- Terapia tratamiento témporo-mandibular

Definiciones operacionales :

En esta sección se registran todas aquellas actividades que realiza el nivel secundario, dada la naturaleza de ese nivel de atención y por ende por su capacidad de resolución. Esta debe ser desagregada por grupo de riesgo, sexo y si correspondiera a compra de servicio (externa), la cual No debe ser desagregada por las variables mencionadas anteriormente, consignándose el registro sólo en la columna destinada para esos fines. Si la compra de servicios es de recurso humano pero la actividad se desarrolla en el establecimiento hospitalario, debe desglosarse como atención propia (esto es válido tanto para prestaciones GES como no GES).

En esta sección también se registran actividades de especialidad desarrolladas por establecimientos de nivel primario (ejemplo: si una comuna cuenta con atención de especialista PAO en centro de APS debe ser registrada en esta sección).

Obturación directa e indirecta: Registrar el número de dientes obturados con amalgama, composite o vidrio ionómero y aquellas en las que se utiliza la técnica de confección de inlays u onlays.

Endodoncia actividad: Registrar las actividades realizadas por el endodoncista en el curso del tratamiento de un paciente: instrumentación, apexificación, controles de tratamiento, etc.

Periodoncia actividad: Registrar las actividades realizadas por el periodoncista en el curso del tratamiento periodontal de un paciente: Análisis de radiografías u otros exámenes, evaluación de los tejidos, diagnóstico, plan de tratamiento, sesiones de destartraje supragingival, consultas de oclusión, desgastes selectivos (balance oclusal), controles de tratamiento, etc.

Tratamiento de endodoncia unirradicular: Registrar el total de tratamientos de endodoncia finalizados en el período, en dientes unirradiculares o con tratamiento de inducción al cierre.

Tratamiento de endodoncia birradicular: Registrar el total de tratamientos de endodoncia finalizados en el período, en dientes birradiculares o con tratamiento de inducción al cierre.

Tratamiento de endodoncia multirradicular: Registrar el total de tratamientos de endodoncia finalizados en el período, en dientes multirradiculares o con tratamiento de inducción al cierre.

Destartraje subgingival y pulido radicular por sextante: Se registrará por sextante.

Férula periodoncia: Registrar la instalación de aparato estabilizador de dientes afectados por enfermedad periodontal, como parte del tratamiento integral de la especialidad.

Instalación plano de alivio oclusal: Registrar el total de planos de alivio oclusal instalados.

Cirugía periodontal: Se registran en esta línea el total de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el nivel secundario o terciario del establecimiento destinado a restituir la morfología, estética y función de los tejidos periodontales.

Instalación aparato ortopedia pre-quirúrgica (fisura labio palatina): Se registran el total de aparatos de ortopedia prequirúrgica instalados a pacientes con fisura labiopalatina.

Ortopedia pre-quirúrgica actividad (fisura labio palatina): Se registra en esta línea todas las actividades tendientes a la realización y control del aparato de ortopedia prequirúrgica (toma de impresión, prueba de aparato, control, rebasado, etc.)

Ortodoncia actividad: Se registran las actividades realizadas por el ortodoncista en cada etapa del tratamiento de ortodoncia y/o ortopedia dento maxilar de un paciente: toma de impresiones; análisis de modelos y radiografías; fórmulación de diagnóstico; plan de tratamiento; diseño de aparatos; controles de evolución; ajuste de aparatos, etc.

Instalación aparato de ortodoncia: Registrar la instalación de aparatos fijos o removibles de cualquier material utilizados para interceptar o tratar una anomalía o mal hábito, establecido. Se registran por aparato instalado. No considerar en este registro la instalación de brackets de ortodoncia fija.

Instalación aparato fijo de ortodoncia: Registrar la instalación de aparato fijo, brackets, según financiamiento ppv.

Instalación aparato de contención: Se registran todos los aparatos de contención en ortodoncia, ya sean fijos o removibles, de cualquier material. Según financiamiento ppv.

Prótesis fija (unitaria o plural): Se registra por cada prótesis fija unitaria o plural instalada sobre estructura dentaria.

Prótesis fija provisoria (unitaria o plural): Se registra por cada prótesis fija provisoria unitaria o plural confeccionada, como parte de las etapas de tratamiento con prótesis fija.

Prótesis removible acrílica: Registrar el total de aparatos protésicos removibles instalados, de material acrílico, sin distinguir el tipo de rehabilitación parcial o total.

Prótesis removible metálica: Registrar el total de aparatos protésicos removibles instalados, con estructura metálica.

Reparación de prótesis: Se registra por cada reparación tanto de prótesis fijas como de aparatos removibles, reparaciones simples, compuestas, reajustes y rebasados.

Cirugía bucal (intervención): Se registran los actos quirúrgicos por el cual se ejecutan algunas de las siguientes técnicas: apicectomía, biopsias, exodoncia a colgajo, exodoncia de dientes en inclusión mucosa, fenestraciones, frenectomías, plastias de reborde y regularización de tuberosidad exostósica, tratamiento de traumatismos superficiales de los tejidos blandos, etc.

Cirugía y traumatología máxilo facial intervención: Se registran el total de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el nivel secundario o terciario del establecimiento, con excepción de los tratamientos de traumatismos dento alveolares simple y complejo, que se registrarán aparte.

Controles de cirugía bucal y traumatología máxilo facial: Registrar los controles que se realizan luego de una cirugía bucal o máxilo- facial.

Tratamiento de traumatismos dento alveolares: Registrar todos los tratamientos de urgencia realizados en los nivel secundario y terciario y los destinados a recuperar la estética y funcionalidad de áreas dento alveolares que han sufrido traumatismos.

Instalación de implante endo-oseo oseointegrable: Registrar por cada implante endo-óseo instalado quirúrgicamente en un espacio desdentado.

Terapia tratamiento témporo-mandibular: Se registra el total de acciones destinadas a dar solución terapéutica a esta patología, ya sea terapia cognitiva, bloqueo anestésico, etc.

En esta sección también se registran actividades de especialidad desarrolladas por establecimientos de nivel primario (ejemplo: si una comuna cuenta con atención de especialista PAO en centro de APS debe ser registrada en esta sección).

Regla de consistencia :

R.1: No olvidar ingresar los pacientes atendidos que correspondan a las columnas beneficiarios, embarazadas, 60 años y usuarios en situación de discapacidad.

Sección F.1: Actividades de apoyo en atención de especialidades

Definiciones conceptuales :

Las actividades de apoyo en atención de especialidades, son las siguientes:

- Radiografía extra oral (por placa)
- Radiografía oclusal (por placa)
- Telerradiografía
- Radiografía panorámica (por placa)
- Tomografía computacional máxilo facial cone beam
- Sialografías (procedimiento)

Definiciones operacionales :

En esta sección se deben registrar las actividades mencionadas de apoyo en atención a especialidades, según grupos de edades y grupos objetivos según lo definido por el programa.

En la columna R se deben registrar las actividaes de apoyo por compras de servicio.

Radiografía extra oral (por placa): Registrar cada examen radiográfico extra oral tomado, no incorporar en este registro la telerradiografía, radiografía panorámica o TC cone beam.

Radiografía oclusal (por placa): Registrar cada examen radiográfico oclusal tomado.

Telerradiografía: Registrar cada telerradiografía tomada, sea frontal o lateral, digital o análoga.

Radiografía panorámica (por placa): Registrar cada radiografía panorámica tomada, digital o análoga.

Tomografía computacional máxilo facial cone beam: Registrar cada tomografía cone beam tomada.

Sialografías (procedimiento): Re registra el procedimiento de inyección del medio de contraste, seguimiento y evaluación. El número de placas tomadas utilizando esta técnica diagnóstica, se registra en el rubro radiografías extraorales.

Reglas de consistencia :

R.1: El detalle por grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Embarazadas debe ser registradas en detalle por edades según corresponda.

R.3: Los usuarios de 60 años y usuarios en situación de discapacidad deben ser incluidos en la columna de 20 a 64 años.

Sección G: Programas Especiales y GES

Definiciones conceptuales :

En esta sección corresponde a aquellas actividades que se realicen a través de la ejecución de los siguientes programas: Programa Odontológico Integral Estrategia Más Sonrisas para Chile, Programa Odontológico Integral Estrategia Hombres de Escasos Recursos, Estrategia Resolución de Especialidades en APS, Programa GES Odontológico para Adultos de 60 años y Programa de Mejoramiento del acceso a la Atención Odontológica, a partir de los 20 años.

Programa Odontológico Integral, Estrategia Más Sonrisas Para Chile

Auditoría: De tipo clínica realizada a las altas de la Estrategia Más Sonrisas Para Chile.

Prótesis removibles: Corresponde a las prótesis instaladas en las beneficiarias de este programa.

Reparaciones de prótesis: Refiere el número de reparaciones de prótesis realizadas en las beneficiarias de este programa.

Altas integrales: Corresponde a las altas realizadas a pacientes JUNJI-Integra-MINEDUC, SERNAM, MINVU, Chile Solidario y demanda local.

Programa Odontológico Integral Hombre de Escasos Recursos

Prótesis Removibles: Corresponde a las prótesis instaladas en los beneficiarios de este programa.

Altas integrales: Se refiere a las altas realizadas a pacientes del Chile Solidario y demanda local.

Programa Odontológico Integral, Estrategia Resolución de Especialidades en APS

Tratamientos de endodoncia: Se refiere a los usuarios que recibieron este tratamiento restaurador, cualquiera sea la característica del diente tratado.

Prótesis Removibles: Corresponde a las prótesis instaladas en las beneficiarias de este programa.

Programa GES Odontológico Adulto (60 Años)

Corresponde a las actividades comprometidas para esta Garantía Explícita de Salud. Considera acciones para tratamientos de endodoncia, prótesis instaladas y altas odontológicas integrales realizadas.

Altas Integrales: Correponde al egreso del programa poar parte de usuarios de 60 años y que se produce cuando la rehabilitación protésica ya no presenta ningún problema para el paciente, es decir no requiere más controles.

Tratamientos de endodoncia: Se refiere a los usuarios que recibieron este tratamiento, cualquiera sea la característica del diente tratado, en pacientes beneficiarios de GES 60 años.

Prótesis removibles: Correponde a los usuarios que reciben este tratamiento dentro del programa de GES 60 años.

Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica

Este programa consta de dos estrategias:

1) Altas Integrales Estudiantes de Cuarto Medio:

Corresponde a las atenciones realizadas a usuarios que cursan cuarto medio y que reciben este beneficio a través de establecimientos de educación, unidad dental móvil o en el centro de salud correspondiente.

Las altas integrales para cuartos medios pueden ser en:

Alta Integral en Centro de Salud: corresponde a aquella alta odontológica integral a estudiantes de cuarto año de educación media realizadas en establecimientos de salud.

Alta Integral en Unidad Dental Móvil o Portátil: corresponde a aquella alta odontológica integral a estudiantes de cuarto año de educación media realizada en una Unidad Dental Móvil o portátil.

Alta Integral en Establecimiento Educacional: corresponde a aquella alta odontológica integral a estudiantes de cuarto año de educación media realizadas en sillones dentales de los propios establecimientos de educación.

2) Morbilidad del Adulto:

Considera el acceso a la atención odontológica de usuarios mayor de 20 años realizadas en centro APS y en horario de extensión.

Nº de Total de Actividades Recuperativas realizadas en >20 años, en extensión horaria: corresponde a la suma de las siguientes actividades odontológicas recuperativas realizadas en extensión horaria: pulido coronario, destartraje supragingival, exodoncia, restauración estética, restauración de amalgama, destartraje subgingival y pulido radicular por sextante, desinfección bucal total y procedimientos Médico-quirúrgicos.

Nº de Consultas Morbilidad realizadas en >20 años, en extensión horaria: corresponde al número total de consultas de morbilidad realizadas en mayores de 20 años, en modalidad de extensión horaria (programa de reforzamiento). Se excluyen en este registro todas las consultas de morbilidad odontológicas realizadas en otros horarios y no pertenecientes a este programa de reforzamiento, las cuales deben registrarse en la sección A.

Definiciones operacionales :

En esta sección se registran todas aquellas actividades en relación a cada Programa de Reforzamiento previamente definido, de acuerdo a grupos de edades o riesgo, sexo, compra de servicios y situación discapacidad en aquellos usuarios que la presenten.

Reglas de consistencia :

R.1: El detalle por grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Usuarios en situación de discapacidad debe ser registradas en detalle por edades según corresponda.

R.3: Las compras de servicios no se incluyen en grupos de edad o de riesgo.

Sección G.1: Programa Sembrando Sonrisas

Definiciones conceptuales :

Examen de salud: Es la atención proporcionada a las personas con el objeto de diagnosticar su nivel de salud bucal y establecer un plan de tratamiento. Para El Programa Sembrando Sonrisas el examen de salud bucal se realizará en un contexto comunitario en el mismo establecimiento educacional.

Niños con índice ceod=0 al ingreso: Corresponde al número de niños que al examen de salud en contexto comunitario no presenten historia de caries cavitadas o ceod=0.

El registro de examen de salud se debe realizar sólo una vez al año calendario por niño o niña, al igual que el ceod.

Educación individual con nº de set de higiene oral entregados: Corresponde a la entrega de insumos para la higiene bucal y que reciben los refuerzos educativos de salud bucal, tales como educación de cepillado de dientes y alimentación saludable. Si en el niño o niña tiene 6 años de edad, registre su actividad en la sección G.1, columna 5 años de edad.

N° de Aplicaciones flúor barniz: Es la aplicación de fluoruros realizada en niños y niñas individualmente en la superficie de los dientes.

Definiciones operacionales :

Las actividades del programa se desagregan por grupo de edad, sexo y situación discapacidad en aquellos usuarios que la presenten.

Aplicaciones flúor barniz: Se registra por sesión de aplicación de Flúor Barniz.

Reglas de consistencia :

R.1: El detalle por grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Usuarios en situación de discapacidad deben estar incluidos en detalle por edades según corresponda.

R.3: Debe existir consistencia en el número de exámenes de salud y educación individual con N° de set de higiene oral entregados, es decir, el número de niños y niñas con exámenes de salud debe coincidir con el de niños y niñas que reciben educación y set de higiene.

Sección H: Sedacion y anestesia

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las atenciones realizadas a usuarios, con apoyo de diferentes técnicas de sedación o anestésicos. Entre éstas se encuentran:

- Atención bajo sedación inhalatoria (óxido nitroso)/sedación endovenosa: Se define como la atención odontológica otorgada a pacientes que están sedados por los efectos de una droga administrada por vía inhalatoria o endovenosa.

- Atención bajo anestesia general: Se define como la atención odontológica otorgada a pacientes mientras están sometidos a la acción de anestésicos generales.

- Atención bajo sedación oral: Se define como la atención odontológica otorgada a pacientes que están sedados por los efectos de una droga que ha sido administrada por vía oral.

Definición operacional :

Se debe registrar en esta sección todas las atenciones realizadas en las que se utilizan estos mecanismos de sedación y/o anestesia, especificando las técnicas de sedación y anestesia aplicadas y desagregadas por grupo etario consignado para estos fines.

Regla de consistencia :

R.1: El total declarado por grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

Sección I: Consultas, ingresos y egresos a tratamientos en establecimientos de nivel secundario y terciario

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las atenciones de especialidades realizadas en nivel secundario y terciario, ya sea por primera vez o repetida.

Primera consulta en la especialidad: Corresponde a la primera evaluación del paciente derivado a consulta de especialidad, en la cual el especialista evaluará el ingreso a tratamiento según la pertinencia, de acuerdo a los criterios de referencia previamente definidos. El paciente podrá tener una consulta nueva en especialidad por cada especialidad y motivo por el cual sea derivado en el año.

Consulta repetida en la especialidad: Son las consultas de especialidad que requiere cada paciente para dar solución al problema de salud por el cual fue ingresado a tratamiento, se registra tantas veces como sesiones requiera para dar el alta.

Ingreso a tratamiento en la especialidad: Corresponde al paciente que inicia su tratamiento odontológico en el nivel secundario o terciario, y debe culminar en el alta de tratamiento de especialidad. Se asocia al ingreso luego de a evaluación realizada en una primera consulta de un paciente que ha sido referido a especialidad (ya sea desde la red o derivado internamente desde otras especialidades)

Alta de tratamiento de la especialidad: Corresponde al número de pacientes que han terminado su tratamiento de odontología de especialidad, por el cual fueron derivados. Aplica registro de alta por cada ingreso y especialidad que el usuario haya tenido en el año calendario.

Definiciones operacionales :

Debe registrarse para la población que está en tratamiento en cada una de las especialidades odontológicas indicadas en el REM, desglosada por grupo de edad o de riesgo, sexo, condición de gestante, 60 años, pertiencia (según protocolo de referencia a la especialidad definidos por la RED, sea o no visado por Odontólogo contralor de acuerdo a modelo de gestión del establecimiento) e inasistencia si corresponde (consultas de especialidad en las cuales el paciente no acude y no fue reconvertida).

Cada consulta de especialidad debe consignar si es primera o repetida. En el caso de la primera, consignar cuando procede ingreso a tratamiento, asimismo en las repetidas, cuando se concluya el tratamiento en paralelo se consigna el alta.

Reglas de consistencia :

R.1: El detalle por grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Usuarios embarazadas y 60 años deben ser registrados en detalle por edad y sexo según corresponda.

Sección J: Actividades efectuadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienistas Dentales

Definiciones conceptuales

Correponden a las acciones realizadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienista Dental en los establecimientos y corresponden a las siguientes:

- Aplicación de sellantes: Es la protección específica dirigida especialmente a los molares definitivos, registrándose por cada diente sellado.

- Pulido coronario y destartraje supragingival: Es la sesión de tratamiento profiláctico de nivel primario destinada a la eliminación de la placa bacteriana, tártaro y manchas o tinciones extrínsecas de tabaco, comida, bebida o medicamentos presentes en la corona clínica del diente.

- Fluoración Tópica: Es la aplicación de fluoruros realizada individual o masivamente en la superficie de los dientes, indicada por el Odontólogo, según condición de riesgo.

- Educación Grupal y/o Trabajo Comunitario: Corresponde al número de sesiones educativas efectuadas a grupos específicos, en el establecimiento o fuera de él.

- Educación individual con instrucción de técnica de cepillado: Corresponde a la educación en técnicas de higiene oral, incluyendo instrucciones de técnica de cepillado y uso de seda dental.

- Radiografías intraorales (retroalveolares y bitewing): Actividad que complementa el diagnóstico clínico sobre la base de imágenes radiológicas

Definiciones operacionales :

Se deben registrar todas las actividades realizadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienista Dental, según el tipo de actividad que realizan y desagregados por grupos de edad y/o riesgo consignados, sexo, embarazadas y 60 años. Estas acciones no se incluyen en la producción total que está asociada a las realizadas por Odontólogo(a).

Las actividades se registran según número de personas atendidas independiente de la actividad del Odontólogo, ya que son acciones excluyentes.

Educación individual con instrucción de técnica de cepillado: Registrar el número de personas a las cuales se les han educado en técnicas de higiene oral.

Radiografías intraorales (retroalveolares y bitewing): Registrar el número de radiografías, por placa, que tome el Técnico Paramédico.

Reglas de consistencia :

R.1: El detalle por grupos de debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Los usuarios embarazadas y 60 años deben ser registrados en detalle por edades según corresponda.

Sección K: Gestión de agenda (unidades dentales móviles)

Definiciones conceptuales :

Corresponde al resumen de las horas odontológicas mensuales contratadas, horas disponibles para la atención clínica así como la gestión de las agendas en unidades dentales móviles.

Nivel primario: Corresponde a las horas de profesional Odontólogo destinadas a la atención en las clínicas dentales móviles que realizarán actividades APS.

Horas odontológicas mensuales contratadas: Corresponde al número de horas semanales contratadas para el total de profesionales odontólogos del establecimiento como jornada de trabajo, (11, 22,33 o 44 hrs. De contrato). Para obtener el número de horas mensuales se aplica la siguiente fórmula: si fuese un contrato de 22 horas debe trabajar 4.4 horas diarias (22/5 días hábiles) y por lo tanto (22/5)*21 días hábiles mensuales, se consideran 5 días semanales y 21 o 20 días hábiles según corresponda.

Horas disponibles mensuales de atención clínica: Corresponde a las horas odontológicas destinadas a la atención de pacientes en atención ambulatoria primaria o secundaria, considerando consultas y controles. Debe considerar el total de horas dISPonible para la atención a pacientes (horario diurno y extensión horaria). No se consideran en este registro las horas indirectas destinadas a otras actividades como gestión, capacitación, docencia, etc.

Citas agendadas: Corresponde al número mensual total de citas o “cupos” de cada consulta o control disponibles para su dación a los pacientes. Cabe destacar que en una hora cronológica, pueden existir una o más tipos de consulta (ejemplo, consulta de tratamiento y consulta de morbilidad).

Citas otorgadas: Corresponde a la cita o “cupo” odontológico efectivamente utilizado en la atención de pacientes en consultas o controles. El dato se obtiene después de transcurrido el período mensual en que las horas fueron agendadas y utilizadas. Las horas agendadas perdidas por inasistencia de pacientes y que no fueron remplazadas no deben ser sumadas como horas ocupadas.

Definiciones operacionales

Horas odontológicas mensuales contratadas: Se debe registrar el total de horas mensuales, de acuerdo a la siguiente fórmula: Si fuese un contrato de 22 horas debe trabajar 4.4 horas diarias (22/5 días hábiles) y por lo tanto (22/5)*21 días hábiles mensuales, se consideran 5 días semanales y 21 o 20 días hábiles según corresponda.

Horas disponibles mensuales de atención clínica: Registrar el total de horas dISPonible para la atención a pacientes (horario diurno y extensión horaria). Las horas dISPonibles de atención clínica son aquellas destinada a atención directa. No se consideran en este registro las horas indirectas destinadas a otras actividades como gestión, capacitación, docencia, etc.

Citas agendadas: Se debe registrar según tipo de consulta gestionada en unidades dentales móviles (morbilidad, tratamiento, urgencia) la suma de la citas programadas.

Citas efectivas: Se registran las atenciones programdas que efectivamente fueron otorgadas para cada tipo de atención (morbilidad, tratamiento y urgencia) en unidad móvil dental.

Regla de consistencia :

R.1: Las horas odontológicas mensuales contratadas deben ser coincidentes con registros de recursos humanos del establecimiento al cual esta asignada la unidad dental móvil.

Sección L: Consultorias de especialistas otorgadas

Definiciones conceptuales :

Se define consultoria como un sistema de capacitación continua basado en la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad y el equipo de salud general, con el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de pacientes entre ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos y la continuidad de atención de pacientes con problemas de salud. Incluye la revisión de fichas clínicas, análisis de casos, sesiones de capacitación y estudio, reuniones clínicas, reuniones de coordinación y atención conjunta de pacientes en forma presencial o a distancia a través del uso de tecnologías de comunicación e información (TIC). El cronograma de frecuencia y fechas de consultorías se debe planificar conjuntamente, entre los equipos que reciben la actividad (nivel primario) y el que las otorga (nivel de especialidad).

Consultoría de Odontólogos Especialistas: Corresponde a un sistema de capacitación continua basado en la actividad conjunta e interactiva entre el odontólogo especialista y el equipo odontológico de APS, con el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejora la referencia y la contra referencia de pacientes entre ambos niveles de atención reforzando los criterios de derivación, garantiza los cuidados compartidos y la continuidad de atención de los pacientes con problemas de salud odontológicos. Se logra mejorar la pertinencia y se disminuyen las interconsultas a especialidades.

Incluye revisión de fichas clínicas, análisis de casos, sesiones de capacitación y estudio, reuniones de coordinación y atención conjunta de pacientes presenciales o a distancia.

El establecimiento que recibe el apoyo del especialista a través de esta modalidad es quien registra la información. Esta proviene de la hoja diaria de atención que se genera en esta instancia con los casos revisados y atendidos.

Número de Consultorías: Corresponde a la frecuencia o el número de ocasiones que el odontólogo especialista consultor, se presenta en APS para reunirse con el equipo y realizar la evaluación de pacientes en forma directa, presencial o a distancia, o a través de fichas clínicas.

Número de casos revisados por el equipo: Corresponde al número de casos revisados o evaluados por el consultor y el equipo odontológico, en presencia del paciente o a distancia o a través de la revisión de fichas clínicas.

Número de casos atendidos: Corresponde al número de pacientes atendidos en forma directa o a distancia. En esta oportunidad se da la primera consulta por el especialista, por lo cual esta consulta se debe egresar de la lista de espera bajo la causal n° 1 ,de atención realizada.

La orientación técnica define 3 tipos de consultorías: Tutorial, grupal y en terreno, donde es importante destacar que bajo la modalidad de atención directa a pacientes presencial o por Telemedicina la consulta realizada se debe egresar de lista de espera bajo la causal Nº1 de atención realizadas.

Definición operacional :

Se deben registrar, por especialidad, el número de consultorías realizadas, el número de casos revisados por el equipo y el número de casos atendidos por especialidad.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A.11: Exámenes de Pesquisa de Enfermedades Transmisibles

Debe contener la información estadística sobre los exámenes de laboratorio procesados para el estudio diagnóstico de los casos de Sífilis (en todas sus formas), Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, VIH y HTLV.

La información de los exámenes procesados debe ser entregada por los laboratorios, bancos de sangre y centros de sangre que procesan estos exámenes para la red asistencial (aquellos exámenes que procesa como resultado de exámenes tomados en el mismo establecimiento y aquellos que como laboratorio de referencia de la red debe procesar) y por los establecimientos que compran servicios en el intra y extra sistema.

Aquellos establecimientos que venden servicio de procesamiento de exámenes, no deben registrar esa producción en este REM, pues debe registrar el establecimiento que compra el servicio.

Los procedimientos “toma de muestra” no deben ser registrados.

Las confirmaciones se pueden registrar con posterioridad al registro de exámenes reactivos correspondientes.

Secciones del REM-A.11

Sección A: **Exámenes de Sífilis**

Sección A.1: **Exámenes de Sífilis por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimiento con laboratorio que procesan).**

Sección A.2: **Exámenes de Sífilis por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimiento que compran servicio).**

Sección B.1: **Exámenes según grupo de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 y Sífilis (Uso exclusivo de establecimiento con laboratorio que procesan).**

Sección B.2: **Exámenes según grupo de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 y Sífilis (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicio).**

Sección C.1: **Exámenes de VIH por grupo de usuario (Uso exclusivo de establecimiento con laboratorio que procesan).**

Sección C.2: **Exámenes de VIH por grupo de usuario (Uso exclusivo de establecimiento que compran servicio).**

Sección D: **Detección Enfermedad de Chagas en gestantes y recién nacido según resultado de exámenes de laboratorio.**

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A.11

Glosario común

Exámenes procesados: Corresponde al o a los exámenes procesados destinados a identificar una enfermedad específica entre individuos asintomáticos o que se encuentra bajo sospecha de padecerla.

Exámenes reactivos: Corresponde al o a los exámenes de laboratorio procesados, cuyo resultado es reactivo para la enfermedad específica

Exámenes confirmados: Corresponde al o los exámenes específicos que confirman positivamente la enfermedad. Esta confirmación es realizada generalmente por el ISP u otros centros autorizados mediante técnicas diferentes o más complejas.

Usuario: Se refiere a cualquier persona del grupo definido de pesquisa, que se realiza un examen de detección por algún problema de salud, por indicación médica o por iniciativa propia en un establecimiento de salud. Personas en control de salud y pacientes en estado de hospitalización.

Grupos de pesquisa, detección o grupo de usuario: Se refiere a los grupos objetivos en los cuales se realiza pesquisa o detección según normativa vigente y son definidos por el programa.

Donante: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud o servicio de sangre con atención de donantes, a donar sangre.

Altruista nuevo: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.

Altruista repetido: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.

Reposición o familiar: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que están respondiendo las necesidades de sangre y/o derivados de un familiar o un amigo enfermo.

Donante de órgano y/o tejido: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud a donar tejidos u órganos.

Sección A: Exámenes de Sifilis

Corresponde a las acciones enfocadas a la perquiza de sifilis a grupos asociados de riesgo, a través de examenes clinicos realizados en establecimientos facultados para ello.

Sección A.1: Exámenes de Sífilis por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorios que procesan)

Definiciones conceptuales :

Corresponde a los tipos de exámenes realizados para la detección o pesquisa de personas con Sífilis corresponden a los test serológicos no treponémicos clasificados en VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (Rapid Plasma Reagin) y los exámenes treponémicos MHA-TP. Incluye exámenes en sangre y en Liquído Cefalo Raquideo (LCR).

Los grupos de pesquisa (usuarios) definidos son:

Gestantes primer trimestre embarazo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis, según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

Gestantes segundo trimestre embarazo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

Gestantes tercer trimestre embarazo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis, según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

Gestantes trimestre embarazo ignorado: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, para pesquisa de Sífilis, en el cual se desconoce o no se determinó la etapa del embarazo en curso.

Gestantes en seguimiento por diagnostico Sífilis: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las gestantes diagnosticadas con Sífilis (exámenes de seguimiento) independiente de la etapa o trimestre de gestación que esté cursando.

Mujeres que ingresan a maternidad por parto: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto.

Mujeres que ingresan por aborto: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a las mujeres que acuden a los servicios hospitalarios para atención por aborto.

Mujeres en control ginecológico: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis, a las mujeres que asisten a control ginecológico.

Recién nacido y lactante para detección de Sífilis congénita: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a los hijos de madre con diagnóstico o sospecha de Sífilis, para pesquisa de Sífilis congénita. Incluye examenes en sangre y en Liquído Cefalo Raquideo (LCR).

Personas en control por comercio sexual: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) que ejercen comercio sexual.

Personas en control fecundidad: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que asisten a control de fecundidad.

Consultantes por ITS: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) que están en control por una infección de transmisión sexual.

Personas con EMP: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) en el contexto del examen de medicina preventiva.

Donantes de sangre: Corresponde a los exámenes no treponémicos procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que donan sangre, según algoritmo.

Donantes de órganos y/o tejidos: Corresponde a los exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que donan órganos y/o tejidos

Pacientes en diálisis: Corresponde a los exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que están en diálisis.

Victima de violencia sexual: Corresponde a los exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que fueron atendidos por ser víctimas de violencia sexual.

Definiciones operacionales :

VDRL/RPR o MHA-TP procesados: se debe registrar el número de exámenes procesados, según técnica realizada y según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

VDRL/RPR o MHA-TP reactivos: aquí se debe registrar el número de exámenes procesados, con resultado reactivo. Además, se debe ifdentificar el tipo de exmens y el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.2: Exámenes de Sífilis por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicios)

Definiciones conceptuales :

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos del sistema público, incluido APS, que compran servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema que se encargan de procesar exámenes y entregar resultados reactivos.

Los grupos de pesquisa definidos son los mismos de la sección A.1

Definiciones operacionales :

VDRL/RPR o MHA-TP Procesados: Se debe registrar el número de exámenes que fueron gestionados mediante compra de servicios, según técnica realizada y según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado, en laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

VDRL/RPR o MHA-TP Reactivos: Se debe registrar el número de exámenes que fueron gestionados mediante compra de servicios , según técnica realizada y según grupo de pesquisa, cuyos resultados fueron reactivos. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.1: Exámenes según grupo de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 y Sífilis (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorios que procesan)

Definiciones conceptuales:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos con laboratorios clínicos, bancos y centros de sangre, que están facultados para procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados.

Usuarios: Persona que se deriva a este examen desde establecimiento de salud en el cual recibe atenciones de salud.

Donante de sangre altruista nuevo u ocasional: Persona que dona por primera vez o después de dos años desde su última donación, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago o incentivo a cambio.

Donante de sangres altruista repetido: Persona que dona en forma regular al menos una vez cada 2 años, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago a cambio.

Donante familiar o de reposición: Persona que dona bajo la presión institucional de cubrir las necesidades de un familiar o un amigo enfermo.

Donante de órganos y/o tejido: Examen solicitados a persona en proceso de donación.

Hepatitis B y Hepatitis C: El grupo de pruebas analíticas para los virus de la Hepatitis corresponde a una serie de exámenes utilizados para detectar infección actual o previa por Hepatitis B o Hepatitis C.

Chagas: Se refiere a los exámenes serológicos, destinados a la pesquisa de anticuerpo anti Tripanosoma cruzi.

HTLV: Se refiere a los exámenes serológicos destinado a la pesquisa de infección por HTLV.

Sífilis: Se refiere a los exámenes treponémicos procesados y reactivos (quimioluminiscencia y ELISA para treponema), realizados en el establecimiento para usuarios y para donantes.

Definiciones operacionales :

En esta sección, los establecimientos deben consignar la totalidad de exámenes procesados, reactivos y confirmados excluyendo los realizados por concepto de venta de servicios.

Se debe registrar en "procesados" el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio, bancos o centros de sangre del establecimiento.

Para HTLV considera el test de ELISA para HTLV realizado como screening.

Para Chagas considera como screening el test de ELISA IgG para T. cruzi.

En "reactivos" se deben registrar aquellos exámenes procesados cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

En "confirmados" corresponde registrar aquellos casos confirmados positivos por el Instituto de Salud Pública, o el Laboratorio Reconocido durante el periodo informado.

El examen confirmatorio de enfermedad de Chagas es IFI (Inmunofluorescencia Indirecta y/o Western Blot) En HTLV los exámenes confirmatorios corresponden al resultado positivo de la prueba de inmunofluorescencia indirecta (IFI) y la reacción de la polimerasa en cadena (PCR), cuando se demuestra la presencia de anticuerpos para HTLV y se detectan las copias de ADN del HTLV respectivamente. Se realiza en el ISP cuando el tamizaje resulta reactivo.

En Sífilis, la categoria confirmados no aplica.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.2: Exámenes según grupo de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV1 y Sífilis (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicio)

Definiciones conceptuales :

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos del sistema público, incluido APS, que compran servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema que se encargan de procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados.

Hepatitis B y Hepatitis C: El grupo de pruebas analíticas para los virus de la Hepatitis corresponde a una serie de exámenes utilizados para detectar infección actual o previa por Hepatitis B o Hepatitis C.

Chagas: Se refiere a los exámenes serológicos, destinados a la pesquisa de anticuerpo Anti Tripanosoma Cruzi.

HTLV: Se refiere a los exámenes serológicos destinado a la pesquisa de infección por HTLV.

Sífilis: Se refiere a los exámenes treponémicos procesados y reactivos (Quimioluminiscencia y ELISA para Treponema), realizados en el establecimiento para usuarios y para donantes.

Definiciones operacionales :

Se debe registrar en "procesados" el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron comprados en el período informado.

Para HTLV considera el test de ELISA para HTLV realizado como screening.

Para Chagas considera como screening el test de ELISA IgG para T. cruzi.

En "reactivos" se deben registrar aquellos exámenes procesados por compra de servicio cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

En "confirmados" corresponde registrar aquellos exámenes procesados compra de servicio cuyo resultado es confirmado positivo por el Instituto de Salud Pública, o el laboratorio reconocido durante el periodo informado.

En HTLV los exámenes confirmatorios corresponden al resultado positivo de la prueba de Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) y la Reacción de la Polimerasa en Cadena (PCR), cuando se demuestra la presencia de anticuerpos para HTLV y se detectan las copias de ADN del HTLV respectivamente. Se realiza en el ISP cuando el tamizaje resulta reactivo.

El examen confirmatorio de enfermedad de Chagas es IFI (Inmunofluorescencia Indirecta y/o Western Blot)

En Sífilis la categoría confirmados, no aplica.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.1: Exámenes de VIH por grupos de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorios que procesan)

Definiciones conceptuales :

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos con laboratorios clínicos que están facultados para procesar exámenes. En esta sección, los laboratorios deben consignar la totalidad de exámenes procesados y reactivos, excluyendo los realizados por concepto de venta de servicios. Corresponde a los exámenes de detección de VIH, procesados y reactivos según grupo de pesquisa.

Registran también, en esta sección las maternidades que realicen Test visual o test rápido para para el diagnóstico de la infección por VIH en gestantes que lleguen al pre parto sin resultado de serología conocida.

Corresponde a los exámenes de detección de VIH, procesados y reactivos según grupo de pesquisa.

Tipos de exámenes: Para VIH se considera el test de ELISA u otro examen de tamizaje autorizado por ISP, o test rápidos cuando corresponda.

Exámenes procesados: Corresponde al número de exámenes, que fueron procesados, durante el período informado según el grupo de usuarios. Las repeticiones propias de la técnica de screening y necesarias para obtener un resultado, no se contabilizan por si mismas ya que corresponden al procesamiento de 1 examen.

Las pruebas de identidad deben considerarse ya que corresponden a una nueva muestra.

Exámenes reactivos: Corresponde al número de exámenes según el grupo de usuarios, cuyo resultado es reactivo en el nivel local. En el caso de "mujer en trabajo de parto o parto", registrar el número exámenes reactivos (sea éste test de ELISA para VIH, test rápido u otra técnica de tamizaje empleada), cuyo screening se haya efectuado durante el trabajo de parto o el parto.

Los grupos de pesquisa definidos son:

Gestantes 1º examen: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las gestantes en el 1º examen, para detección del VIH.

Gestantes 2º examen: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las gestantes en el 2º examen, para detección del VIH.

Mujer en trabajo de pre- parto o parto: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto y que se desconoce su situación serológica para VIH.

Personas en control por comercio sexual: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las personas (hombres y mujeres) en control por comercio sexual

Pacientes en diálisis: Corresponde a los exámenes procesados para detección del VIH a las personas que están en diálisis

Consulta por ITS: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH, según norma vigente a las personas que están en control por una infección de transmisión sexual.

Personas en control de regulación de fecundidad, ginecológico, climaterio: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH a las personas que asisten a control de fecundidad, ginecológico, climaterio.

Personas con EMP: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH a las personas en el contexto del examen de medicina preventiva

Personas en control de salud según ciclo vital: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH, que asisten a control según ciclo vital y no consignado en las otras categorías

Donantes de sangre: Corresponde a los exámenes procesados para detección del VIH a las personas que donan sangre.

Altruista Nuevo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.

Altruista Repetido: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH a donantes que realiza esta acción al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.

Reposición o Familiar: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH a donantes que están cubriendo las necesidades de sangre y/o derivados de un familiar o un amigo enfermo.

Donantes de órganos y/o tejidos: Corresponde a los exámenes procesados para detección del VIH a las personas que donan órganos y/o tejidos.

Persona en control por TBC: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados a pacientes con diagnóstico de Tuberculosis. (Al ingreso a programa de TBC)

Víctima de violencia sexual: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas víctimas de violencia sexual.

Pareja serodiscordante: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas cuyas parejas viven con VIH (excluye gestante).

Pareja de gestante VIH positivo: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas cuyas parejas son gestantes que viven con VIH.

Personal de salud expuesto a accidente corto punzante: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personal de salud que han tenido un accidente corto punzante.

Paciente fuente de accidente cortopunzante: corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas que son fuente de un accidente cortopunzante.

Persona en control por Hepatitis B: Corresponde a exámenes de detección del vih procesados a personas que estan en control por Hepatitis B.

Persona en control por Hepatitis C: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas que estan en control por Hepatitis C.

Consultantes por morbilidad: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a pacientes durante la atención de morbilidad, y no contenidas en las categorías descritas anteriormente.

Consulta espontánea: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados por solicitud espontánea del o la usuario/a.

Nota: Aquellos exámenes solicitados por usuario se deben consignar en consulta espontánea.

Definiciones operacionales :

Registran también, en esta sección las maternidades que realicen test visual o test rápido para el diagnóstico de la infección por VIH en gestantes que lleguen al pre parto sin resultado de serología conocida.

Se debe registrar en “procesados” el número de exámenes, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento, incluyendo test visual o test rápido.

Si en alguna localidad existiese un laboratorio dependiente de una corporación municipal que procesara los exámenes de toda la red asistencial de la comuna, esta producción se debe registrar en el centro de salud más representativo de la Comuna, es decir, en el establecimiento con más población inscrita.

Las ventas de servicio de procesamiento de exámenes NO deben ser registradas en este REM, ya que al establecimiento que compra servicio le corresponde el registro.

Se deben registrar los exámenes realizados a los grupos definidos, como TRANS, pueblos originarios y migrantes, que deben estar incluidos por su grupo de edad correspondiente.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.2: Exámenes de VIH por grupos de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicios)

Definiciones conceptuales :

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos del sistema público, incluido APS, que compran servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de Extrasistema que se encargan de procesar exámenes.

Los grupos de pesquisa definidos son identicos a la sección C.1

Definiciones operacionales :

Se debe registrar el número de exámenes procesados y reactivos, según grupo usuario, que fueron comprados en el período informado, a laboratorios externos al establecimiento.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Detección Enfermedad de Chagas en gestantes y recién nacidos, según resultado de exámenes de laboratorio

Definiciones conceptuales :

Se refiere a la detección de la infección por T. cruzi en la población de gestantes, parto y recién nacidos para la pesquisa oportuna de la enfermedad de Chagas congénita.

Los grupos de pesquisa definidos son:

Gestantes que ingresan a control prenatal: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa y confirmación de la infección por T. cruzi, según norma vigente a las gestantes en control.

Mujeres en trabajo de parto y aborto sin tamizaje previo a su ingreso a maternidad por parto o aborto, cualquiera sea la causa: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa y confirmación de la infección por T. cruzi, según norma vigente, a las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto y que se desconoce su situación serológica para Chagas.

Recién nacidos hijos de madres con enfermedad de Chagas: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa y confirmación de la infección por T. cruzi, según norma vigente, a los recién nacidos hijos de madre con diagnóstico confirmado de infección por T. cruzi. para pesquisa de Chagas congénito.

Lactantes hijos de madres con enfermedad de Chagas: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa y confirmación de la infección por T. cruzi, según norma vigente, a los lactantes hijos de madre diagnóstico confirmado de infección por T. cruzi.

Definiciones operacionales :

Se deben registrar los exámenes realizados, los exámenes con con resultado reactivo y los exámenes con resultado positivo, según grupo definido.

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A.19ª: Actividades de Promoción, Prevención de la Salud y de Participación Social

La Promoción de salud, es una piedra angular de la atención primaria de salud y una función esencial de salud pública; el fundamento de su desarrollo se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, dándose un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico. Por lo tanto, es la estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando aspectos sociales, culturales, ambientales, etc., tanto para el individuo mismo, como para toda la sociedad[4]

Secciones del REM-A.19a

Sección A.	**Consejerías**
Sección A.1:	**Consejerías individuales**
Sección A.2:	**Consejerías individuales por VIH**
Sección A.3:	**Consejerías familiares**
Sección B:	**Actividades de promoción**
Sección B.1:	**Actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes**
Sección B.2:	**Talleres grupales de Vida Sana según tipo, por espacios de acción**
Sección B.3:	**Actividades de gestión según tipo, por espacios de acción**

[4] Antecedentes Promoción de Salud, Subsecretaria de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, MINSAL, 2016.

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A.19a

Sección A. Consejerías

Sección A.1: Consejerías individuales

Definiciones conceptuales :

Consejería: Relación de ayuda, entrega de información y educación que puede realizarse en una o más sesiones, que se desarrolla en un espacio de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto. Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada persona y tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de las potencialidades, de manera que la persona descubra y ponga en práctica sus recursos, tome decisiones en la consecución de su estado de bienestar integral. Esta intervención está dirigida a la población general y debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades de la persona.

Temáticas en las que se aplica la Consejería:

Actividad física: Corresponde al diagnóstico de los requerimientos de actividad física de una persona o grupo familiar y la orientación terapéutica para lograr niveles adecuados según sus características y condiciones, realizado por un profesional de salud.

Alimentación saludable: Corresponde a la atención terapéutica entregada por un funcionario de salud en alimentación saludable a un individuo o al grupo familiar, con el fin de motivar la adopción de conductas alimentarias adecuadas, valorando la importancia de la alimentación y sus efectos sobre la salud.

Tabaquismo: Se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, que permite realizar una intervención específica, para cada grupo de acuerdo al diagnóstico de la etapa de desarrollo en el consumo de tabaco, según las etapas de FLAY y motivación al cambio, con el objetivo prevenir, retardar la iniciación del hábito o apoyar el proceso de cesación del consumo de tabaco en adolescentes, mujeres y hombres.

Consumo de drogas: Se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde indaga por el consumo de drogas y se informa y guía a consultantes, con el fin de promover hábitos saludables, prevenir el consumo de drogas, generar percepción de riesgo por el consumo, motivar el cese o la disminución del consumo, o bien fortalecer y desarrollar las herramientas para manejar riesgos de consumo.

Se incluyen como consejerías, las acciones de detección o screening, como también las intervenciones breves para reducir el consumo de drogas que puedan ser realizadas.

Salud Sexual y Reproductiva: Es la atención individual proporcionada a la población general o grupos específicos con el fin de entregar información clara, completa y oportuna, que les permita tomar sus propias decisiones en relación a salud sexual, salud reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Regulación de Fertilidad: Reconoce el derecho de las personas a obtener información y acceso a métodos para regular su fecundidad y decidir libre y responsablemente el número de hijos, espaciamiento y momento de tenerlos, así como la promoción de la salud sexual integral, placentera, diversa, sin sufrir discriminación, coacción ni violencia. Considera el total de consejerías con y sin entrega de condones.

Prevención VIH e Infección de Transmisión Sexual (ITS): Es la atención en la cual, se evalúan las vulnerabilidades y riesgos personales frente al VIH y las ITS se actualiza información y se planifican estrategias de prevención en forma personalizada. La oferta del examen de detección del VIH, y otros exámenes se realiza si los antecedentes recopilados justifican su realización. Considera el total de consejerías con y sin entrega de condones.

Prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis (embarazadas): Es la atención brindada a la gestante, en la cual se entrega información clara y precisa sobre las ventajas de realizarse el examen y conocer su resultado. Se debe enfatizar la confidencialidad de la información solicitada para facilitar la evaluación de riesgos y apoyar la toma del examen para la detección del VIH y la Sífilis. Considera el total de consejerías con y sin entrega de condones.

Entrega de preservativos a adolescentes y jóvenes: Corresponde a la actividad de consejería en la cual se entregan preservativos con una acción educativa sobre su uso correcto, a jóvenes, tanto hombres, mujeres y personas TRANS para la seguridad de la salud sexual, regulación de fertilidad, prevención del VIH e ITS. En el caso de la prevención de la transmisión vertical del VIH, la entrega es sólo para las mujeres en edad fértil y sus parejas sexuales. Por su naturaleza estas consejerías con entrega de condón, deben estar contenidas en el total de consejerías consignadas en cada tipo: Regulación de Fertilidad, Prevención VIH e Infección de Transmisión Sexual (ITS), Prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis (embarazadas) y Salud Sexual y Reproductiva.

Otras Áreas: Corresponde a las consejerías realizadas en otros temas de promoción de salud y estilos de vida saludable.

Definiciones operacionales :

Se registra la consejería por cada área descrita, según el integrante del equipo de salud que la realiza, desglosada por grupos edad y por sexo.

También se registra por espacios amigables, TRANS, Pueblos Originarios y Migrantes, que deben estar incluidas en los grupos de edad correspondientes.

Las consejerías realizadas para niño(s) o niña(s) menores de 10 años, se debe registrar en la columna para el grupo de edad que corresponda, aun cuando la consejería la reciba un adulto.

La consejería es una actividad que requiere agendarse y no son homologables a una consulta o control, así como tampoco corresponde el registro de otra actividad.

Nota: Aquí corresponde registrar las consejerías para Hepatitis B, Hepatitis C, HTLVI, Chagas y Sífilis.

Regla de consistencia :

R.1: No olvidar indicar en las columnas AN-AQ, si las conserjerías fueron realizadas en espacios amigables, a pacientes TRANS, a pacientes de pueblos originarios o migrantes.

Sección A.2: Consejerías individuales por VIH/SIDA (No incluidas en sección A.1)

Definiciones conceptuales :

Orientación e información previa al examen (consejería pre Test VIH): Es la atención que se brinda a una persona asociada a la oferta o solicitud del examen de detección del VIH, en que se entrega información sobre el VIH/SIDA, sobre el examen y sus posibles resultados, se firma el consentimiento informado y se acuerdan los procedimientos para la entrega del resultado.

Consejería post-test VIH: Es la atención que se le realiza a una persona para la entrega del resultado del examen VIH, sea este negativo o positivo confirmado por el ISP, que implica un diálogo asertivo que permita a la persona comprender a cabalidad la información y el significado del resultado, e incluye la derivación a servicios de salud según la situación particular de cada persona y con el reforzamiento de conductas preventivas.

Definición operacional :

Las actividades de orientación e información, así como las consejerías asociadas al test VIH-SIDA NO deben estar incluidas en la sección A.1. Se registran por grupo etario y sexo de la persona atendida, según donde se lleva a cabo la actividad: en Servicios de Banco de Sangre, en sala de hospitalización si la persona está hospitalizada, en atención de especialidad (CDT-CRS), en atención primaria, en espacios amigables de atención primaria o en otras instancias.

Regla de consistencia :

R.1: Se deben registrar las conserjerías realizadas a personas trans, pueblos originarios y migrantes en las últimas columnas de la sección, y deben estar registradas en los grupos de edad corrrespondientes.

Sección A.3: Consejerías familiares

Definición conceptual :

Es la atención al grupo familiar en la cual se entrega información adecuada para ayudarles en la toma de decisiones que implican cambios de conductas: crianza de hijos, prevención de crisis, cambio de estilos de vida, apoyo de la familia a miembro con patología crónica, etc. Esta estrategia produce un mayor empoderamiento de personas y familia en su autocuidado, pero no desestima la importancia de la educación para la salud como otra estrategia complementaria.

Definición operacional :

Se registra la consejería realizadas a las familias según tema prioritario descrito en REM. La sección se registra el número de consejería familiar en promoción de la salud, según el área descrita en la misma.

Regla de consistencia :

R.1: Las consejerías realizadas en espacios amigables no pueden ser mayores que el total de consejerías.

Sección B. Actividades de promoción

Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes

Definiciones conceptuales :

Eventos masivos: Actividades masivas que reúnen 50 o más personas con participación del equipo de salud, de usuarios, comunidad y/o miembros de instituciones de otros sectores, para difundir, comunicar o practicar conductas saludables en algunas o varias de las condicionantes.

Reuniones de planificación participativa: Instancias en la cual un grupo formado por representantes del equipo de salud, de la comunidad y de las instituciones públicas y/o privadas, se reúnen con el fin de identificar, priorizar problemas de salud y jerarquizar necesidades con el fin de contribuir a la elaboración de proyectos específicos que tienden a mejorar la situación detectada.

Jornadas y seminarios: Técnicas de aprendizaje, donde varias personas realizan sesiones de trabajo y/o discusión bibliográfica sobre un tema determinado.

Educación grupal: Es una actividad formativa de al menos treinta minutos y máximo tres horas, destinada a incrementar los conocimientos, identificar recursos, desarrollar habilidades y destrezas de las personas para incorporar conductas saludables destinadas a mejorar la calidad de vida.

Estrategias de promoción: También definidas como Espacios o Líneas de Acción, corresponde a un entorno social específico en que se abordan las condicionantes de la Promoción de la Salud, es decir Establecimientos de Educación Promotores de Salud (EEPS), Lugares de Trabajo Promotores de Salud (LTPS) y Comunas, Comunidades y Entornos Promotores de Salud (CCPS).

Condicionantes de promoción (abordadas): Son todos aquellos factores o características tanto de las personas y sus conductas, como del entorno o del ambiente, que estén asociados a la protección o al riesgo para la salud de las personas.

Actividad física: Corresponde a aquellas actividades de promoción realizadas por el equipo de salud que estimulan y fomentan la actividad física, la vida al aire libre, como factor protector de la salud, con público mayor de 20 personas como beneficiarios directos.

Alimentación: Corresponde a las actividades relacionadas con alimentación saludable y etiquetado nutricional, tales como exposiciones, mesones saludables, ferias y otros similares.

Ambiente libre de humo de tabaco: Corresponde a las actividades destinadas a generar ambientes libres del humo de tabaco, en hogares, escuelas, oficinas, grupos comunitarios, deportivos, instituciones, empresas, etc. que pueden concluir en una acreditación como ambientes libres del humo de tabaco o solo informar y sensibilizar al grupo objetivo.

Factores protectores psicosociales: Corresponde a las intervenciones que apuntan al manejo del estrés, desarrollo de habilidades para la vida, y cambios actitudinales y comporta mentales, que favorezcan la participación y la construcción de redes sociales así como intervenciones colectivas que potencien un entorno que fomente la justicia social, la existencia de apoyo social y la participación de las personas en las decisiones acerca de su propia salud y su propia vida.

Factores protectores ambientales: Corresponde a las intervenciones relacionadas con la preservación y el cuidado del medio ambiente y la naturaleza, el uso racional de los recursos energéticos, la polución de los recursos hídricos, la perdida de agua, la dISPosición de las basuras, los procesos de reciclaje, la eliminación de micro basurales, orientadas a controlar y disminuir la contaminación de aire, tierra, agua y de todo elemento de la naturaleza que comprometa la salud del ser humano y la calidad de vida de la población.

Actividades de promoción de DDHH: Corresponde a las actividades que se realizan con la comunidad a objeto de dar a conocer y promover los derechos de las personas y el Programa PRAIS.

Salud sexual y prevención de VIH/SIDA e ITS: Corresponden a las acciones desarrolladas para la promoción de la Salud Sexual integral y placentera, las conductas sexuales seguras, el fomento la prevención del VIH/ y las ITS, así como para contribuir a la adherencia a los controles preventivos y educación a las gestante y sus parejas en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis.

Determinantes Sociales: los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Definiciones operacionales :

Se registran las actividades desarrolladas en la fila de la estrategia de promoción correspondiente, según la condicionante abordada y el número de participantes.

Para la totalidad de las actividades de promoción de la sección B. Independiente si participan dos o más profesionales, se debe registrar como una sola actividad, ya que el grupo es el mismo y la actividad se desarrolla en un tiempo estadístico.

Regla de consistencia :

R.1: No corresponde sumar las condicionantes abordadas y los determinantes sociales, ya que son actividades distintas.

Sección B.2: Talleres grupales de Vida Sana, según tipo, por espacios de acción

Definiciones conceptuales:

Son actividades sistemáticas grupales para fortalecer y desarrollar conductas de autocuidado y estilos de vida saludable en los asistentes y su grupo familiar. Se utilizan metodologías participativas, con dinámicas grupales, privilegiando el aprendizaje desde lo emocional y afectivo por sobre lo cognitivo o intelectual.

Los talleres específicos en Promoción de la Salud son Autoestima y Autocuidado, Mente Sana y Cuerpo Sano, Comunicación, Yo me Cuido, Control del Tabac, que se agrupan en las Consejerías de Vida Sana[5].

Otros Tipos de Talleres: Este ítem se utiliza para registrar talleres realizados en otros temas de autocuidado, vida sana o estilos de vida saludable.

Definiciones operacionales:

Se registra la estrategia o espacio de acción en que se realizó y los tipos de talleres grupales realizados.

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

[5] (Ref. "Consejería en Vida Sana" Manual de Intervenciones Promocional en Centros de APS. Ord. 15AC Nº 5435 del 08/10/2004. Pág. Web MINSAL/vida sana).

Sección B.3: Actividades de gestion según tipo, por espacio de acción

Definiciones conceptuales

Se refiere a las acciones de apoyo necesarias para el desarrollo de las actividades en cada estrategia o línea de acción. Incorpora acciones de instalación y/o fortalecimiento de la promoción de la salud tales como la comunicación y difusión, abogacía, capacitación. Estas actividades se pueden realizar antes o después del evento mismo.

Reuniones de gestión: Sesiones de más de 60 minutos, en la que participa uno o varios funcionarios del equipo de salud y miembros del intersector y/o comunidad con el fin de organizar, planificar, o coordinar alguna actividad de promoción.

Reuniones masivas de gestión: Se refiere a la actividad en la cual uno o más de los funcionarios del equipo de salud se reúnen con 25 o más personas de la comunidad y/o intersector para la abogacía y difusión de las actividades de promoción. Se recomienda tomar acta de la reunión y asistencia con nombre y firma.

Acciones de comunicación y difusión: Son acciones de planificación, implementación, consistencia, coordinación, análisis o evaluación de soportes comunicacionales, así como reuniones con comunicadores, publicistas, diseñadores y otros relacionados con estas actividades.

Preparación de actividades educativas: Se refiere a actividades de más de una hora de duración, desarrolladas por uno o más integrantes del equipo de salud, destinadas a la preparación y programación de instancias de capacitación y educación en temas de promoción de salud y participación ciudadana.

Entrevistas: Es la instancia en que uno o más funcionarios del equipo de salud se reúnen con una o más personas o autoridades comunales o regionales claves a fin de llegar a acuerdos de colaboración en torno a temas que afectan las acciones de promoción de salud y participación ciudadana.

Investigación y capacitación del RRHH: Son actividades realizadas por el equipo de salud orientada a generar información de la gestión e impacto de las acciones de promoción en la población. Además se incorporan las actividades destinadas a informar, analizar, evaluar, estudiar y auto capacitarse en forma metódica y sistemática en temas de promoción.

Definiciones operacionales:

En reuniones de gestión se registra la estrategia o espacio sobre la cual se trabajó.

En acciones de comunicación y difusión se registra el número de reuniones, de duración mayor a una hora y la estrategia o espacio sobre la cual se trabajó.

En preparación de actividades educativas, se registra la estrategia o espacio sobre la cual se trabajó.

En entrevistas se registra la estrategia o espacio sobre la cual se trabajó.

En investigación y capacitación del RRHH se registra el número de sesiones de más de una hora de duración, y las estrategias o espacios sobre la cual se trabajó prioritariamente.

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A.19b: Actividades de Participación Social

La Ley Nº 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública, institucionaliza la participación ciudadana en el país, cuya misión establecida por ley es, fomentar la participación ciudadana para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre el gobierno y la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas.[6]

Secciones del REM-A.19b

Sección A: **Atención oficinas de informaciones (Sistema Integral de Atención a Usuarios).**

Sección B: **Actividades por estrategia/línea de acción o espacio/instancia de participación social.**

Sección C: **Reuniones de adulto mayor.**

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A.19b

Sección A: Atención oficinas de informaciones (Sistema Integral de Atención a Usuarios)

Definiciones conceptuales :

La Ley Nº19.880, de base de procedimientos administrativos, regula los procedimientos vinculados con la gestión de solicitudes ciudadanas. Estas se capturan en distintos canales de contacto de la ciudadanía y el sector salud y de acuerdo a la Ley, se rigen por manuales de procedimientos y protocolos de atención que cautelan tanto la transparencia como la calidad de las respuestas.

Oficinas de información, reclamos y sugerencias: Son espacios de atención y participación ciudadana en los servicios públicos que facilita el acceso de la población a la información, entrega atención oportuna, clara, transparente y de calidad a todas las personas sin discriminación, permite establecer coordinación con otras reparticiones públicas y recibe y gestiona todas las solicitudes ciudadanas, constituyéndose en un espacio de participación.

[6] www.MINSAL.cl/participacion -ciudadana-en-salud, septiembre 2015.

Se realizan actividades como atención de público, gestión solicitudes ciudadanas, análisis de la información registrada en las OIRS y otros.

Las solicitudes ciudadanas pueden estar orientadas a información, reclamos, sugerencias y felicitaciones y pueden ser realizadas de manera presencial o virtual o, utilizando un canal telefónico o escrito.

Reclamo: Es aquella solicitud en donde el ciudadano exige, reivindica o demanda una solución a una situación en que considera se ha vulnerado sus derechos ciudadanos en salud.

Para cada una de las acciones vinculadas a los reclamos, se propone una sub clasificación en distintos componentes, que faciliten el análisis de los reclamos y la definiciones de estrategias de mejora en los principales nodos críticos identificados, permitiendo discriminar las áreas de satisfacción o insatisfacción usuaria.

A continuación se presenta el desglose de los criterios de clasificación de los reclamos:

Trato: Se clasifican en esta categoría todas aquellas opiniones de usuarios/as que se refieran a la actitud de los funcionarios/as para brindar o mantener un trato amable, digno y respetuoso, en todo momento y en toda circunstancia.

Las subcategorías de los reclamos por trato son las siguientes:

a) Acogida: Relacionada con la empatía, reflejada en el saludo, mirar al usuario/a al dirigirse a él/ella, reconocer a las personas como tales, mantener una escucha activa, entender las emociones del usuario/a, dar apoyo emocional (ej. Frente al dolor), disposición e interés del personal a la atención, brindar confianza, cercanía y ayuda.

b) Lenguaje adecuado e inteligible: Refiere a la entrega de información utilizando un lenguaje claro, comprensible para cualquier persona, evitando palabras o gestos que pueden ser percibidos como ofensivos por el/la usuario/a. Es importante, además, velar porque las personas que no tengan dominio del idioma castellano o solo lo tengan en forma parcial puedan recibir la información necesaria y comprensible.

c) Cortesía y amabilidad: Se refiere a proporcionar a las personas, un trato cortés y amable, evitando responder de malos modos, insultos y/o agresiones verbales, ignorar a la persona, gestos y/o actitudes que reflejan falta de disposición del personal. Se trata de asegurar que la atención se brinde sin distinción ni discriminación de ningún tipo.

d) Ser llamado/tratado por su nombre: Se refiere a proporcionar a las personas, un trato cortés y amable, evitando responder de malos modos, insultos y/o agresiones verbales, ignorar a la persona, gestos y/o actitudes que reflejan falta de disposición del personal. Se trata de asegurar que la atención se brinde sin distinción ni discriminación de ningún tipo.

e) Privacidad e intimidad: La infraestructura debe ser adecuada para asegurar la privacidad del paciente (en baños, uso de biombos, atención en pasillo, puerta del box cerrada, entre otros). Asegurar la protección de la vida privada y la honra del paciente. No pueden tomarse fotografías o grabar sin la autorización del paciente. Velar por el respeto a la privacidad e intimidad durante la atención.

f) Confidencialidad: Asegurar que la información proporcionada por el paciente, será protegida y se guardará la confidencialidad de la información y de los datos del paciente, los que sólo podrán ser utilizados por el equipo de salud responsable de la atención directa y con fines de diagnóstico y tratamiento.

g) Identificación de los funcionarios: Los funcionarios deberán portar credencial, y responder ante la solicitud de su nombre y cargo. No podrá negarse a dar el nombre.

h) Atención y cuidados: Refiere a la forma en que se hacen los cuidados en cuanto a frecuencia, higiene y aseo, administración de medicamentos, entre otros; compromiso/responsabilidad de los miembros del equipo de salud; atención oportuna frente a las necesidades del paciente; puntualidad. Posibilidad de ser atendido/a cuando se requiere. Ayuda, apoyo físico y respuesta a las necesidades de las personas y sobre todo de personas no autovalentes.

i) Supervisión de la atención de alumnos: Las personas podrán autorizar ser atendidas por alumnos en establecimientos docente – asistenciales. La atención de alumnos deberá ser supervisada por un docente.

j) Contacto físico/maltrato físico: Refiere al contacto físico entre el/la funcionario/a y el/la usuario/a; portazos en la cara; empujones; golpes de puño; golpes de pies. Maltrato físico.

k) Entrega de información: Se refiere a la forma o modo en que se entrega respuesta a las consultas de los usuarios/as. Deberá evitarse no responder lo que la persona pregunta; responder de forma vaga, poco clara o con información incompleta; no disponer del tiempo para poder aclarar dudas o consultas; cerciorarse que el paciente y/o acompañante ha comprendido la información; información frente a cambios de médico tratante, retrasos, insistencia del responsable de la atención.

l) Comunicación: Relación que se establece como bidireccional entre usuario/a y funcionario/a; mostrar interés en el planteamiento del usuario/a, paciente o familiar asumiendo en representación de la institución, que la opinión del usuario sea respetada y considerada. Considerar al paciente como una persona que entiende y pregunta. Que se generen espacios para preguntar y participar en todo el proceso.

m) Compañía de familiares y/o acompañantes: Se trata de facilitar el acompañamiento de familiares o personas significativas durante el proceso de atención. Deberá evitarse el aumento de tiempos de retraso en la visita hospitalaria, suspensión injustificada de visitas hospitalarias.

n) Asistencia espiritual: De acuerdo a la ley de culto y ley de derechos y deberes de las personas en salud, debe asegurarse la asistencia espiritual y/o asistencia religiosa a las personas durante el proceso de atención, además de proteger el derecho a negarse a recibir dicha asistencia.

o) Rechazo de atención por consulta: Reclamos de usuarios/as que refieren falta de disposición de los equipos de salud para brindar atención/consulta sin discriminación y resguardando el derecho al acceso de la atención (urgencia, consultas médicas, farmacia, laboratorio, imagenología, etc).

p) Rechazo de atención por procedimiento: Refiere a los reclamos relacionados con la no realización de procedimientos clínicos sin previo aviso al usuario/a o falta de gestión para que esta prestación se realice.

q) Rechazo de atención por intervención quirúrgica: Refiere a los reclamos relacionados con la postergación de una intervención quirúrgica sin previo aviso al usuario/a o falta de gestión para que esta prestación se realice.

Competencia Técnica: Se clasificarán dentro de esta categoría todas aquellas opiniones de usuarios/as relacionadas con los procedimientos técnicos o decisiones adoptadas por cualquier integrante del equipo de salud en relación a la patología consultada o en tratamiento. Es importante señalar que esto no implica un juicio o auditoria del actuar del equipo de salud, aunque sí en determinadas situaciones puede dar origen a ella, sino que se está aceptando que desde el punto de vista del usuario/a paciente o su familia, con la información que dispone y según su propia percepción, puede estar disconforme con las acciones emprendidas por el equipo de salud. Se refiere a los siguientes aspectos de la atención:

Las subcategorías de los reclamos por competencias técnicas son las siguientes:

a) Procedimientos técnicos: Se refiere a la atención directa realizada por algún integrante del equipo de salud, ya sea para establecer diagnósticos (toma de muestra, rx, imagenología, observación clínica, entre otros) o para realizar algún tipo de tratamiento, que haya causado desconfianza, molestia o malestar, incomodidad, evento adverso evitables.
b) Decisiones adoptadas: Se refiere a decisiones adoptadas sobre procedimientos, diagnósticos o tratamientos, derivación a otros profesionales o instituciones de salud, que no fueron anticipadamente informadas o acordadas con las personas atendidas y/o familiares responsables de su cuidado.
c) Diagnóstico: Procedimientos realizada por algún integrante del equipo de salud, ya sea para establecer diagnósticos (toma de muestra, rx, imagenología, observación clínica, entre otros) que haya causado desconfianza, molestia o malestar, incomodidad, evento adverso evitables.
d) Tratamiento: fármacos o tratamientos erróneos, seguimiento del tratamientos. Entrega del medicamento indicado.
e) Derivaciones: Derivación a otros profesionales, integrantes del equipo de salud o derivación a otras instituciones de salud, que no fueron anticipadamente informadas o acordadas con las personas atendidas y/o familiares responsables de su cuidado.
f) Eventos adversos: Se relaciona con un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece.

Infraestructura: Se consideran en este rubro todos aquellos reclamos que realicen los usuarios referentes a las condiciones estructurales y del ambiente del establecimiento de salud.

a) Accesos: Escaleras, rampas, puertas, estacionamiento, entre otros. Sillas de ruedas dISPonibles. Señalética.
b) Condiciones de mantención de equipos: Equipos funcionando de acuerdo a requerimientos y necesidades de la atención, diagnósticos y tratamientos.
c) Condiciones de ascensores: Ascensores funcionando adecuadamente para atender necesidades de desplazamiento de personas atendidas, acompañantes, familiares, personal del establecimiento, especialmente en personas adultas mayores y en situación de discapacidad.
d) Condiciones de salas de espera: Mantención, aseo, ornato, calefacción, ventilación, mobiliario dISPonible, comodidad y espacio adecuado para la espera
e) Condiciones de baños públicos: Mantención, aseo y ornato, funcionamiento, calefacción, ventilación, insumos (jabón, papel higiénico, gel desinfectante u otro)

f) Condiciones de temperatura y ventilación: Calefacción, ventilación, adecuadas en relación a temperatura ambiente y espacio disponible en boxes de atención, pasillos y salas de espera.
g) Condiciones higiénicas y estéticas de los edificios, patios y jardines: Mantención adecuada de la limpieza, aseo, ornato del entorno del establecimiento, accesos, boxes de atención, pasillos, salas de espera.
h) Comodidad y seguridad de camas, cunas y camillas de traslado: Condiciones adecuadas para la hospitalización, observación para diagnóstico, recuperación, traslado de personas, atendiendo a necesidades especiales (recién nacidos, niños, niñas, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, otros) que eviten eventos adversos.
i) Condiciones de comodidad para los familiares de los pacientes hospitalizados: Disponibilidad de espacio y mobiliario para la espera, acompañamiento de personas hospitalizadas según norma.
j) Condiciones de seguridad en el establecimiento: Condiciones de seguridad en accesos, contacto con el exterior (salidas de emergencia) pasillos, boxes de atención, salas de hospitalización, pabellones, salas de procedimientos, servicio de urgencia, entre otros, adecuadas para la hospitalización, observación, diagnóstico, recuperación y traslado de personas, atendiendo a necesidades especiales (recién nacidos, niños, niñas, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, otros) que eviten eventos adversos
k) Seguridad de las pertenencias de los pacientes y familiares: Disponibilidad de espacio para la mantención y cuidado de pertenencias de los pacientes y familiares según normativa del establecimiento.

Tiempo de espera (en sala de espera): Se consideran en este ítem todo tipo de reclamos relacionadas con tiempos de espera en salas de espera subjetivamente evaluados por los usuarios/as (urgencia, consultas médicas, farmacia, laboratorio, imagenología, etc.)

a) Menos de 30 minutos
b) Entre 30 y 60 minutos
c) Entre 60 y 120 minutos
d) Entre 120 y 180 minutos
e) Más de 180 minutos

Tiempo de espera, por consulta especialidad (por lista de espera): Se consideran en este ítem todo reclamo relacionado con tiempos de espera para una consulta por especialista.

a) Latencia para hora de consulta médica, especifique tiempo
b) Latencia para interconsulta, especifique tiempo
c) Latencia para atención de especialista, especifique tiempo
d) Latencia para exámenes, especifique tiempo

Tiempo de Espera por Procedimiento (Lista de Espera): Se consideran en este ítem todo reclamo relacionado con tiempos de espera para una intervención quirúrgica.

a) Latencia para evaluación y exámenes preoperatorios, especifique tiempo
b) Latencia para intervención quirúrgica, especifique tiempo

Información: Se considera en este rubro aquellas opiniones relacionadas con la transmisión de información y acciones comunicacionales del equipo de salud con los usuarios, tanto respecto a los contenidos como a la forma utilizada en la entrega de la información.

a) Solicitud de información estado de salud: Diagnóstico, pronóstico, tratamientos, exámenes que se le realizaran, riesgos involucrados, hospitalización, indicaciones al alta, entre otros. Explicación detallada y completa de los procedimientos y tratamientos que le van a realizar. Información durante todo el proceso.
b) Solicitud de información institucional: Acerca de los costos de la atención, prestaciones, cartera de servicios, funcionamiento de la institución, entre otros.
c) Consentimiento informado: Ser informado oportunamente, con el tiempo óptimo y en un lugar adecuado. Explicación y chequeo de entendimiento del consentimiento informado. Documento de consentimiento informado con todos los campos completados.

d) Obtener datos que requiera el paciente y la familia directa de la ficha clínica: Entrega de información a personas atendidas o a familiares directos que cuenten con autorización para requerir datos de la ficha clínica de acuerdo a normativa vigente y lo establecido por la ley de derechos y deberes

Procedimientos administrativos: Se clasificarán dentro de esta categoría, todos los reclamos de los usuarios relacionados con procesos, procedimientos o funcionamiento administrativo del establecimiento.

a) Procesos de admisión y recaudación
b) Procedimientos o trámites durante la estadía en la institución
c) Funcionamiento del establecimiento con relación a horarios de atención
d) Procedimientos administrativos al egreso
e) Procedimientos de referencia y/o derivación
f) Ficha extraviada o perdida
g) Solicitud de copia de ficha clínica
h) Inasistencia de funcionario(a)
i) Falta de medicamentos
j) Traslado de pacientes
k) Atención domiciliaria

Probidad administrativa: Se entenderá por Probidad Administrativa el actuar honradamente en el cumplimiento de las actividades funcionarias, principio que puede deteriorarse o dañarse por acciones deshonestas. Se clasificarán dentro de esta categoría todos aquellos reclamos relacionados con los procedimientos o decisiones adoptadas por cualquier integrante del equipo de salud con relación a la dignidad en el desempeño de su cargo.

Es importante destacar que al clasificar un reclamo en esta categoría sólo se está aceptando que desde el punto de vista del usuario, con la información que posee y desde su propia percepción, está disconforme con la actitud, procedimiento o acción que ha efectuado ese o esa funcionario/a. Esto no implica un juicio o auditoria del actuar del funcionario, aunque sí puede dar origen a ella.

Incumplimiento Garantías Explícitas en Salud (GES): Se considera en esta categoría aquellos reclamos, en que según la información que tiene el usuario, no se han respetado las garantías a las que tiene derecho y que están establecidas en el reglamento de la Ley n° 19.966, sobre las garantías explícitas en salud.

a) Garantía de acceso
b) Garantía de oportunidad
c) Garantía de protección financiera
d) Garantía de calidad

Incumplimiento de Garantías Ley Ricarte Soto: La Ley N° 20.850, Ricarte Soto, crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo que posee cobertura universal. Otorga protección financiera a todos los usuarios de los sistemas previsionales de salud: FONASA, CAPREDENA, DIPRECA, ISAPRES, sin importar su situación socioeconómica.

Asegura a los pacientes que sufren enfermedades de alto costo la posibilidad de contar con diagnósticos, tratamientos y los dispositivos médicos que requieran. El acceso a los beneficios de la Ley considera los siguientes pasos:

- Sospecha fundada: Se genera en el nivel de especialidad o subespecialidad relacionados con la patología a diagnosticar
- Solicitud de tratamiento: Se genera una vez realizado el diagnóstico, puede ser solicitado por prestadores institucionales o individuales
- Confirmación diagnóstica: Se realiza por un prestador público o privado aprobado por la comisión ministerial

- Confirmación de tratamiento: Se realiza en un Comité de Expertos Clínicos de un prestador aprobado, quien le indica al especialista solicitante que el medicamento ha sido aprobado o rechazado
- Indicación de tratamiento (receta)
- Administración o entrega de medicamento de alto costo
- Seguimiento de carácter clínico asociado a prescripción de medicamentos

Los reclamos pueden estar asociados a cada una de estas etapas de la aplicación de la ley. Cuando ya está aprobada la administración y entrega de algún medicamento, puede estar asociado a incumplimiento de los plazos establecidos.

Incumplimiento de Garantías FOFAR: en 2014 comenzó a implementarse el fondo de farmacia (FOFAR), cuyo objetivo es entregar oportuna y gratuitamente los medicamentos para el tratamiento de hipertensión, diabetes, colesterol y triglicéridos altos.

El fondo de farmacia considera la entrega de medicamentos e insumos médicos para las siguientes patologías:

- Diabetes Mellitus tipo 2
- Hipertensión Arterial
- Dislipidemia (colesterol alto)
- insumos para el manejo avanzado de heridas de Pie Diabético

El FOFAR beneficia a pacientes mayores de 15 años que se atienden en el sistema público. Además de la entrega de medicamentos, el fondo de farmacia incluye otras estrategias complementarias como el apoyo a los pacientes recordándoles sus citas médicas y la toma de medicamentos a través de mensajes de texto. Además, se entregará material de apoyo a la adherencia farmacológica a cada uno de estos pacientes (pastilleros, refrigerantes y bolsos térmicos para transporte seguro de insulinas, entre otros). En caso de que un medicamento no esté dISPonible, el paciente o familiar puede hacer su reclamo y en 24 horas hábiles le entregarán su medicamento. En caso de que un medicamento no esté dISPonible, existen las siguientes maneras para presentar un reclamo:
las solicitudes ciudadanas pueden estar orientadas además, a pedir información, realizar sugerencias o felicitaciones.

Se entenderá, por consiguiente, un reclamo por problemas con el FOFAR cuando no esté dISPonible el medicamento requerido por la persona atendida o no sea entregado dentro de los plazos establecidos

Existen, además otras causales que generan una solicitud ciudadanas, estas son:

- Consulta
- Sugerencia
- Felicitaciones
- Solicitudes
- Solicitudes Ley 20.285 (Ley de Transparencia)

Definiciones operacionales :

Se debe registrar en número de “atenciones en el mes” los reclamos, según tipo, consultas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes diferenciadas por sexo de la persona que lo plantea.

Se debe registrar el número de “respuestas del mes entregadas dentro de los plazos legales (15 días hábiles)” de reclamos generados en el mes y reclamos generados en el mes anterior.

Se debe registrar el número de “reclamos respondidos fuera de los plazos legales”, (superior a 15 días), en el mes informado.

Se debe registrar el número de “reclamos pendientes” de respuestas pendientes dentro del plazo legal y respuestas pendientes fuera del plazo legal.

En “reclamos pendientes, respuestas pendientes dentro del plazo legal”, se registra el número de reclamos según tipo, que son recepcionados en el establecimiento durante el mes, pero quedan pendientes para su resolución al mes próximo, por encontrarse dentro del plazo legal estipulado (15 días hábiles).

Ej. Un reclamo por trato recepcionado el día 25 de Febrero, tiene plazo para ser respondido con solución hasta el 18 de Marzo. Este reclamo quedará registrado en las estadísticas del mes de Febrero como “reclamo pendiente dentro del plazo” y en las estadísticas del mes de Marzo de ser respondido se registrará como “respuesta del mes dentro de los plazos legales, reclamos generados en el mes anterior”.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B: Actividades por estrategia / línea de acción o espacio / instancia de participción social

Definiciones conceptuales :

La declaración internacional sobre derechos humanos, en su artículo 25, reconoce y protege el derecho y la oportunidad de todos los ciudadanos a participar en la dirección de los asuntos públicos.

La política de participación social en salud[7], se sustenta en los avances propios de la instalación de la reforma de la salud del año 2005 que a través de diferentes cuerpos legales consagra un sistema de garantías en salud y el derecho a participar e incidir en decisiones respecto de la salud a través de mecanismos e instancias formales creadas para dicho fin en los distintos niveles decisionales del sistema de salud.

Es a la vez un derecho humano y una determinante social en salud. Es también una estrategia política que fortalece una relación horizontal entre la ciudadanía y los equipos de salud, mejorando la gestión pública a partir de las capacidades que la propia ciudadanía posee y puede llegar a poseer.

La participación ciudadana en salud se define como “la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos” (MINSAL, 2014)

[7] Ver Política de Participación Social en Salud

La relevancia de la participación en salud, dice relación a su vez, con la necesidad de otorgar pertinencia y eficacia a las acciones en favor de la salud, especialmente en el enfrentamiento de aquellas diferencias en salud que no solo son innecesarias y evitables sino que, además, se consideran incorrectas e injustas" (Whitehead, 1990).

La organización mundial de la salud (OMS), sostiene que el derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.

Estos principios están refrendados por la reforma sanitaria a través de la aplicación de cuerpos legales y normativas vigentes como la Ley AUGE y la Ley de Derechos y Deberes de las personas en salud, ambas, actualmente en aplicación tanto para la población usuaria de la red pública como privada de salud.

Constituye, por tanto, una responsabilidad de Estado el garantizar y proteger estos derechos así como el facilitar el ejercicio del control ciudadano en su defensa y protección.

A través de la Ley 20.500: "El estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones" y para dar cumplimiento a este mandato el Ministerio de Salud, ha aprobado la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud[8].

La mencionada Norma General establece como mecanismos básicos;

a) Acceso a información relevante
b) Cuenta pública participativa
c) Consultas ciudadanas
d) Consejo de la sociedad civil

La participación social y el ejercicio de la ciudadana activa en salud, constituye una herramienta que permite mejorar los procesos de atención y la calidad de los servicios, como también, otorgar mayor pertinencia y eficacia a las políticas de salud. Contribuye por tanto, al logro de los objetivos sanitarios y a la mejora los resultados en salud.

Desde el sector salud la participación se considera un medio para el desarrollo de las personas como sujetos comprometidos con el cuidado de su salud y con el fortalecimiento del sistema público de salud. Busca también la creación de comunidades con capacidad de interlocución que actúen solidariamente y ejerzan un control social sobre el Sistema de Salud en su conjunto.

Apunta a lograr la disminución de las brechas de equidad tanto en el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de la atención como en el acceso a los medios necesarios para asegurar mejores condiciones de vida y de salud.

[8] Resolución Exenta Nº 31 del 19 de Enero de 2015

Para cumplir con estos objetivos, se desarrollan estrategias contenidas en la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud[9] como:

Consultas ciudadanas: Los órganos del sistema, podrán desarrollar consultas ciudadanas en relación a temas emergentes, modificaciones legales, incorporación de nuevas tecnologías, modificaciones en cuerpos normativos, y en general, decisiones que afectan a la población.

Se espera que estos espacios tiendan a generar relaciones de carácter vinculante de manera de asegurar la capacidad de incidencia en la toma de decisiones por parte de la población. Podrá utilizarse distintas modalidades de consulta ya sean presenciales o virtuales. A su vez, podrán realizarse consultas de carácter general y específico especialmente en temas que afectan directamente a la salud de las personas tanto a nivel nacional o local.

Las actividades desarrolladas por los equipos de salud están orientadas a la preparación de la consulta, convocatoria, análisis y sistematización de los resultados de la consulta, devolución y difusión de los resultados.

Consejos Consultivos, Consejos de Desarrollo, Comités Locales de Salud, Consejos de la Sociedad Civil (Ley 20.500): A partir de 1995, se inicia la creación de instancias de participación denominadas genéricamente Consejos de Desarrollo en los hospitales, como instancias asesoras de la dirección de los establecimientos en aspectos vinculados con la gestión y que desarrollan funciones de tipo informativo, propositivo, promotor, consultivo, evaluativo y decisorio.

Estas instancias de participación también han tenido otras denominaciones en el nivel local, como por ejemplo; consejos consultivos, comités de salud comunal, comités locales. Todos se caracterizan por estar integrados por representantes del personal de salud (gremios y estamentos) y comunidad (juntas de vecinos, organizaciones funcionales, organizaciones comunitarias de salud, voluntariados, organizaciones de trabajadores, ONG, iglesias, instituciones públicas y privadas, comercio u otras con asentamiento local).

La transición hacia hospitales autogestionados en el marco de la implementación de la reforma sectorial y de la diferenciación de funciones entre el gestor de red y la autoridad sanitaria dieron un nuevo impulso a la creación de instancias asesoras a las direcciones de los establecimientos de salud y consultivas a nivel de los servicios de salud y seremi a lo largo del país.

En este marco, las actividades desarrolladas por los equipos de salud están orientadas a:

a) La preparación de condiciones para el proceso de conformación de la instancia de participación[i]
b) La convocatoria a representantes de distintas agrupaciones de la sociedad civil, organizaciones de la comunidad, organizaciones funcionales y territoriales, agrupaciones de pacientes, entre otras
c) El apoyo al funcionamiento de las instancias de participación
d) La elaboración de planes de trabajo
e) La ejecución y evaluación de los planes de trabajo diseñados

[9] La Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud fue aprobada mediante la Resolución Exenta N° 31 del 19 de Enero de 2015 en la cual se describen cada una de las estrategias de participación social, mecanismos o instancias actualmente en desarrollo en el sector salud

Mesas territoriales, **Diálogos Ciudadanos, Mesas de Salud Intercultural** , entre otras: Una modalidad de trabajo colaborativo puede expresarse en la conformación de comités y mesas territoriales con participación de representantes de la sociedad civil y actores relevantes en los diferentes ámbitos de diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud. Esta modalidad de trabajo permite apoyar el logro de objetivos sanitarios, vinculando la mirada sectorial con las características particulares de los distintos territorios. Permite llegar a acuerdos y compromisos de trabajo conjunto en distintas áreas de interés común y pueden ser complementarias al desarrollo de otros mecanismos e instancias de participación social como los diálogos ciudadanos, consultas ciudadanas, presupuestos participativos, etc.

Los espacios de diálogo deben facilitar una actitud de escucha; la participación de los diferentes grupos de interés (incluyendo organizaciones sociales, veedurías ciudadanas, observatorios, entre otros); un ambiente de acogida y respeto por el otro; que el interés general prime sobre el particular; que las autoridades y equipos técnicos escuchen a los ciudadanos; superar la queja y el reclamo para la generación de propuestas y planes de mejoramiento de la gestión.

De utilidad también, para conocer las sugerencias y opiniones de los ciudadanos y sus organizaciones sobre la gestión; identificar e integrarse con la ciudadanía y grupos de interés; para que las entidades mejoren sus procesos con base en la retroalimentación de la ciudadanía y, para que la ciudadanía y las organizaciones sociales recuperen la confianza en la gestión pública.

Las actividades desarrolladas por los equipos de salud están orientadas a la preparación del diálogo, convocatoria, análisis y sistematización de los acuerdos y su posterior devolución y difusión.

Cuentas Públicas Participativas: Las Cuentas Públicas Participativas son mecanismos que vinculan a las autoridades de los órganos de la administración del estado con la ciudadanía.

De acuerdo con lo señalado en el artículo 72 de la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, se espera que se realice un evento público de presentación de la cuenta, puedan fórmularse observaciones, planteamientos o consultas. La autoridad del órgano respectivo deberá dar respuesta conforme a la norma mencionada anteriormente.

La rendición de cuentas públicas participativas tiene como fundamento la participación ciudadana en los asuntos públicos. De este modo, la participación somete al escrutinio y juicio ciudadano la gestión y evaluación de las políticas públicas. Contribuye a la legitimación de las políticas públicas por parte de la ciudadanía y promueve políticas públicas más acertadas, efectivas y eficaces

“Los órganos de la administración del estado, anualmente, darán cuenta pública participativa a la ciudadanía de la gestión de sus políticas, planes, programas, acciones y de su ejecución presupuestaria”.[10]

En la cuenta anual deberá incluirse al menos:

- Políticas, planes y programas.
- Presupuestos.
- Formas concretas de acceso a la información pública.
- Gestión pública participativa.
- Fortalecimiento de la sociedad civil.

[10] Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública

- No discriminación y respeto a la diversidad.

En la rendición de cuentas, se espera que tanto los contenidos como el formato y medios que se utilizará para la entrega de información sean definidos en conjunto con la ciudadanía. No obstante, deberán considerarse los contenidos formales mínimos definidos en los acápites anteriores, así como precisarse el modo en que el aspecto informado ha funcionado en el período rendido y el modo en que se planifica implementar en el inmediatamente posterior.

Las actividades desarrolladas por los equipos de salud refieren a la preparación de la cuenta, presentación pública (ceremonia o publicación) y evaluación posterior a la presentación.

Presupuestos Participativos: Los Presupuestos Participativos contienen en sí mismos, un proceso deliberativo en el que la ciudadanía decide sobre el uso de los recursos públicos. Es un proceso de participación directa de la ciudadanía que busca apoyar la asignación de recursos sectoriales hacia ofertas programáticas orientadas a resolver problemas de salud tanto en las áreas de prevención, promoción de la salud, mejoría de la calidad de los servicios y a la satisfacción usuaria, proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento que contribuyan a la satisfacción de necesidades y expectativas de la población.

Las actividades desarrolladas por los equipos de salud refieren a la capacitación interna y de la comunidad, estrategias e difusión, convocatoria masiva a través de distintos medios, conformación de equipo de trabajo conjunto, apoyo a la elaboración de propuestas, presentación de propuestas, votación y mecanismos de selección de las propuestas, ejecución, seguimiento y monitoreo de la ejecución, evaluación.

Estrategias de Satisfacción Usuaria: Los sistemas de política pública, se enfrentan cotidianamente a desafíos para resolver las crecientes demandas y necesidades de la población como de satisfacer las crecientes expectativas de usuarios y usuarias en relación con la provisión de servicios.

La satisfacción usuaria constituye un objetivo y también un resultado en la atención de salud. Desde esta perspectiva, en forma progresiva se ha convertido en una preocupación permanente de las instituciones tanto públicas como privadas, y en particular, de los equipos directivos como equipos multidisciplinarios a cargo de la gestión socio sanitaria.

La Ley 20.584 de derechos y deberes de las personas en salud, regula la relación entre la población usuaria y los equipos de salud otorgando un marco para la definiciones de estrategias de satisfacción usuaria como Hospital Amigo, Espacios Amigables para jóvenes y adolescentes, facilitación intercultural, apoyo espiritual y asistencia religiosa, OIRS 24 horas, sistema de acogida y orientación en servicios de urgencia, sistemas de orientación a personas hospitalizadas y sus familias, acogida e inducción a nuevas familias inscritas en la APS, entre otros.

A su vez, se ha implementado diferentes sistemas de medición y evaluación de la satisfacción usuaria con el fin de diseñar e implementar planes de mejora en la provisión de servicios y organización de los sistemas de salud.

Las actividades desarrolladas por los equipos de salud en este ámbito están orientadas a la evaluación de la satisfacción usuaria, identificación de áreas críticas, diseño conjunto de planes de mejora, implementación de planes de mejora y estrategias de satisfacción usuaria.

Planificación Local Participativas: se refiere a un proceso de planificación con la participación de la comunidad y otros actores locales durante el cual se realiza diagnóstico participativo o autodiagnóstico de salud comunitaria, se prioriza en conjunto, problemas a intervenir, se definen objetivos de intervención, se identifican recursos disponibles y definen acciones de carácter general y específicas que se organizan en un cronograma de actividades, este proceso contempla evaluación de carácter participativo al menos en tres

momentos; antes de empezar (evaluación ex ante), durante la ejecución del plan (ex duran o evaluación formativa); ex post (al final una etapa del proceso).

Las actividades desarrolladas por los equipos de salud están orientadas a realizar la convocatoria a la comunidad y otros actores locales relevantes, conformación de equipo de trabajo con la comunidad, organizar las actividades y diseñar la metodología de diagnóstico, realizar las actividades de diagnóstico y autodiagnóstico comunitarios (talleres, reuniones, discusiones grupales, entrevistas, entre otras) realizar ejercicios de priorización a través de talleres, jornadas, asambleas, cabildos, otros; diseñar participativamente le plan y coordinar actividades durante su ejecución y evaluación (reuniones de coordinación, mesas de trabajo, otras).

Clasificación de las Actividades:

Actividades de administración y/o gestión: Son todas aquellas actividades como registro de información, preparación de reuniones y actividades, revisión bibliográfica, reuniones de equipo, espacios de reflexión, coordinaciones telefónicas, revisión y respuesta de correos electrónicos, lectura de documentos, estudio de temas, entre otros.

Entrevista: Corresponde a una interacción donde se comparte información entre uno o más representantes del equipo de salud y representantes de la comunidad o de alguna institución con un objetivo previamente establecido (no incluye la atención directa a usuarios).

Reuniones de coordinación y trabajo en el intrasector: Se refiere a la instancia de intercambio de información, ideas y opiniones para el diseño, planificación, monitoreo y evaluación de diversas acciones y tareas conjuntas de los diversos actores del sector salud.

Reuniones de coordinación y trabajo intersectorial: Se refiere a la instancia de intercambio de ideas y opiniones y de coordinación a nivel local donde se interrelacionan los actores del equipo de salud, la comunidad organizada e instituciones estatales o privadas para potenciar su quehacer y desarrollar acciones conjuntas en pro de objetivos comunes.

Actividades de monitoreo: Corresponde a todas las acciones con fines de monitorear y evaluar la implementación de las diversas estrategias de participación, incluye además, el levantamiento de información, análisis de información, diseño de instrumentos.

Asesoría técnica: Se refiere tanto las acciones de capacitación, formación y entrega de orientaciones técnico - metodológicas que permiten desarrollar competencias y habilidades como las acciones de supervisión destinadas a acompañar y orientar los procesos de implementación de las estrategias de participación social, de acuerdo a lo planificado.

Jornadas de intercambio de experiencias: Son todas aquellas acciones que contribuyen al intercambio de experiencias de participación social que generan espacios de aprendizaje, reflexión y capacitación de las personas. Pueden ser Seminarios, Jornadas, Pasantía u otra.

Actividades de difusión y comunicación social: Es el conjunto de acciones que tienen como objetivo entregar información general o contenidos educativos específicos en forma masiva a través de distintos medios de comunicación escrita o audiovisual. Ej.: perifoneo, volanteo, plazas ciudadanas, otros.

Educación y capacitación comunitaria: Es una técnica formativa de carácter grupal y comunitario que tiene como objetivo el desarrollo de habilidades o destrezas que contribuyan a la promoción, prevención, recuperación de su salud, como también al desarrollo de capacidades para la participación activa en el diagnóstico, ejecución y evaluación de acciones e iniciativas de salud, protección de derechos y ejercicio de ciudadanía activa, mediante seminarios, talleres, capacitación.

Eventos masivos: Son aquellas actividades de carácter masivo con asistencia de usuarios representantes del nivel local tanto institucionales como de la sociedad civil para sensibilizar, difundir, comunicar, consultar, intercambiar información, realizar actividades de recreación social, culturales, deportivas u otras que apunten a mejorar la calidad de la atención y situación de salud de la población. A través de Asambleas, Cabildos, plazas ciudadanas, actividades culturales, deportivas o recreativas, caminatas, otras.

Actividades Pueblos Indígenas: Son todas aquellas actividades que realizan los profesionales y técnicos de los equipos de salud incluidos los facilitadores interculturales, que involucran a personas, familias, comunidades, grupos y/o asociaciones indígenas pertenecientes a los 9 pueblos indígenas reconocidos por la Ley Indígena Nº 19.253: Aymará, Quechua, Atacameño, Diaguita, Colla, Rapanui o Pascuense, Mapuche, Kawashkar o Alacalufe, y Yámana o Yagan.

Actividades de participación social por Técnico Paramédico: Los Técnicos Paramédicos realizan ciertas actividades que tienen por fin incluir en la implementación y ejecución de estrategias para mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida.

Definiciones operacionales :

Debe ser registrada por los convocantes en calidad de organizadores.

Se deben registrar las actividades correspondientes a la preparación, convocatoria de las distintas agrupaciones, elaboración, ejecución y evaluación realizadas.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C: Reuniones de Adulto Mayor

Definiciones conceptuales:

Reunión clínica: Es la actividad realizada por médico, enfermera y los integrantes del equipo de salud que atienden al adulto mayor, con la finalidad de analizar los casos de adultos mayores frágiles que pese a su tratamiento no mejoran su descompensación, y en conjunto elaborar una estrategia común de manejo integral del paciente, con el fin de evitar que la persona pierda autovalencia y pase al grupo de adulto mayor dependiente.

Reuniones clínicas con instituciones de larga estadía: Son actividades realizadas por los integrantes del equipo de salud, con representantes de las instituciones de larga estadía que atienden a adultos mayores adscritos a la jurisdicción territorial del establecimiento, con el propósito de preparar en conjunto las estrategias que permitan mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de reuniones realizadas en el mes informado y el número total de casos analizados, a objeto de evitar duplicación de registros. En el informe diario debe ser registrada esta actividad por el profesional que lidera dicha reunión, el resto de los profesionales participantes sólo consignarán el tiempo ocupado.

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A.21: Quirófanos y Otros Recursos Hospitalarios

Las Entidades o Establecimientos de Salud de Atención Cerrada son instituciones asistenciales que otorgan prestaciones de salud en régimen continuado de atención (24 horas) y que deben contar con recursos organizados de infraestructura, equipamiento y personal necesario para su funcionamiento permanente.[11]

Secciones del REM-A.21

Sección A: Capacidad instalada y utilización de los quirófanos.

Sección B: Procedimientos complejos ambulatorios.

Sección C: Hospitalización domiciliaria.

Sección C.1: Personas atendidas en el programa.

Sección C.2: Visitas realizadas.

Sección D: Hospital amigo.

Sección D.1: Acompañamiento a hospitalizados.

Sección D.2: Información a familiares de pacientes egresados.

Sección E: Apoyo psicosocial a niños(as) hospitalizados.

Sección F: Gestión de procesos de pacientes quirúrgicos con cirugía electiva.

Sección G: Causas de suspensión de cirugías electivas.

[11] Norma Técnica Básica Atención Cerrada, MINSAL.

Definiciones Conceptuales y Operacionales Secciones del Rem-A.21

Sección A: Capacidad instalada y utilización de los quirófanos

Definiciones conceptuales:

Quirófanos: Se entiende por quirófano al espacio físico, de acceso restringido, con autorización sanitaria para su funcionamiento, que cuenta con instalaciones, equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes para realizar una intervención quirúrgica en condiciones de asepsia y seguridad.

Se incluyen los quirófanos destinados a Cirugía Electiva, Urgencia, Obstétricos e Indiferenciados, entendiéndose por estos últimos los que se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia.

Se entiende por quirófano de Urgencia aquellos destinados a resolver cirugías no electivas.

Números de quirófanos en dotación: Corresponde a la cantidad de pabellones asignados al establecimiento por la autoridad competente, instalados y dispuestos para realizar cirugía mayor (detallados por resolución) y que funcionan regularmente. El número de quirófanos no es modificable por fluctuaciones temporales.

Número de quirófanos no habilitados: Corresponde al número de quirófanos utilizables en cirugía mayor, que no cumple con Norma Técnica Básica (NTB).

Promedio mensual de quirófanos habilitados: Corresponde al promedio mensual de quirófanos habilitados que se encuentran en condiciones de uso para realizar cirugía mayor, esto es que cuente con infraestructura y el equipamiento necesario para funcionar.

Promedio mensual de Quirófanos en trabajo: Corresponde al promedio mensual de quirófanos utilizados en cirugía mayor, disponibles y habilitados, que cumple con las NTB y dotación de recursos humanos necesarios para funcionar.

Total de horas mensuales disponibles de Quirófanos habilitados: Corresponde a las horas mensuales de los quirófanos habilitados que se encuentran en condiciones de funcionamiento.

Total de horas mensuales de Quirófanos en trabajo: Se refiere al total de horas mensuales ocupadas en los quirófanos en trabajo; es decir que se encuentran en condiciones de uso para realizar cirugía mayor electiva. Considera los factores recurso humano, equipamiento y cambios estacionales.

Definiciones operacionales:

Promedio mensual de Quirófanos habilitados: Corresponde a la suma de quirófanos habilitados en el mes, divido por el número de días hábiles para el caso de quirófanos electivos y el total de los día del mes calendario para las quirófanos de urgencia, obstétrico e indiferenciado.

Promedio mensual de Quirófanos en trabajo: Corresponde a la suma de quirófanos en trabajo en el mes, divido por el número de días hábiles para el caso de quirófanos electivos y el total de los día del mes calendario para las quirófanos de urgencia, obstétrico e indiferenciado.

Total de horas mensuales disponibles de quirófanos habilitados: Corresponde al total de horas diarias, en horario hábil (mínimo 8 hrs) de los quirófanos habilitados para cirugía mayor electiva.

Total de horas mensuales disponibles de Quirófanos en trabajo: Corresponde registrar el total dehoras utilizadas en los quirófanos en trabajo. Éstas corresponden a las intervenciones quirúrgicas más las horas de preparación.

Horas mensuales programadas de tabla quirúrgica de Quirófanos en trabajo: Corresponde a las horas quirúrgicas que se proyectan a ocupar según la disponibilidad de los quirófanos en trabajo. , se desagrega según programación para beneficiarios en modalidad institucionales, modalidad libre elección y otros. La información es proporcionada por el Equipo de Pabellón.

Horas de preparación: Se registra el número de horas ocupadas en preparar el quirófano para una nueva cirugía (desinfección concurrente y terminal, limpieza de instrumental, etc.). Este registro es responsabilidad de la Unidad de Pabellón y deberá ser entregado a la Unidad de Estadística en el plazo establecido.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B: Procedimientos complejos ambulatorios

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las instalaciones del establecimiento destinadas a tratamientos terapéuticos realizados a pacientes en forma ambulatoria, es decir que no utilizan camas de hospitalización (de dotación) en forma inmediata y la recuperación del paciente debe ser menor a 24 horas siguientes.

Se incluyen en esta modalidad las unidades de quimioterapia, hemodiálisis, de cirugía mayor ambulatoria, angiografía coronaria (coronariografía), otras.

Recurso disponible: Se refiere al número de camas propiamente tal (no hospitalaria), divanes, sillones tipo bergere o camillas de observación asignado al establecimiento por la autoridad competente, instalados y dispuestos para realizar, en forma ambulatoria, el post operatorio, de procedimientos e intervenciones quirúrgicas, procedimientos terapéuticos complejos y que funcionan regularmente en períodos de actividad normal.

Ingresos: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a la atención de algún tratamiento o procedimiento ambulatorio complejo. Se considerarán también como ingreso a las personas, que luego del alta deben volver a realizarse algún tratamiento o procedimiento.

Personas atendidas: Se refiere al número de personas que son atendidas o que recibieron la atención especializada en las distintas unidades.

Días personas atendidas: Corresponde al número de días por persona que se atendieron en alguna unidad de procedimientos. Ej. En una Unidad de Hemodiálisis se atienden 3 personas por día durante 5 días de la semana, corresponde registrar por tanto 15 días/personas en esa semana, en un mes sería 15*4 = 60 días personas.

Altas: Corresponde al total de personas que dejan de atenderse o tratarse en las distintas unidades, ya sea por orden médica, traslados, fallecimiento o abandono de tratamiento.

Definiciones operacionales:

Se registran las actividades realizadas en las unidades especificadas, según componente de esta modalidad de atención.

Para el registro de la Cirugía Mayor Ambulatoria se debe utilizar la definiciones entregada para este tipo de actividad en el REM-BS.

Regla de consistencia:

R.1: El número de personas atendidas para la Cirugía Mayor Ambulatoria, debe ser igual o menor al número de cirugías mayores electivas ambulatorias informadas en el REM.

Sección C: Hospitalización domiciliaria

Sección C.1: Personas atendidas en el programa

Definiciones conceptuales:

La hospitalización en domicilio es una modalidad asistencial diferente a la hospitalización tradicional, en la cual existe la capacidad de otorgar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los usuarios en su domicilio cuando ya no precisan infraestructura hospitalaria.

Ingresos: Número de pacientes que ingresan al Programa de Hospitalización Domiciliaria en el período.

Personas atendidas: Se refiere a los pacientes que son atendidos bajo la modalidad de hospitalización en domicilio.

Días personas atendidas: Corresponde al número de días por paciente que se atendió en el mes. Ej. 1 persona estuvo 3 días, 2 personas estuvieron 5 días, total de días persona= 3+10 = 13 días personas.

Altas: Corresponde al número de personas que completan el del Programa de Hospitalización Domiciliaria.

Fallecidos: Corresponde al número de personas que fallecen estando en el Programa de Hospitalización Domiciliaria.

Reingreso a hospitalización: Corresponde al número de personas que por su condición de salud debe reingresar a una cama hospitalaria del establecimiento.

Definiciones operacionales :

Se registra los componente establecidos por el programa, desglosados en, ingresos del mes, personas atendidas (Ingresos de pacientes en un mes más los pacientes que permanecen desde el mes anterior), días persona, altas, fallecidos y reingreso a hospitalización tradicional.

Este recurso no debe ser considerado como parte del establecimiento (dotación), por lo tanto, al alta del paciente de Hospitalización Domiciliaria no debe ser considerado como un egreso hospitalario.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.2: Visitas realizadas

Definiciones conceptuales :

Corresponde al número de visitas domiciliarias realizadas a pacientes en Hospitalización Domiciliaria realizada por uno, dos o más profesionales y técnico paramédico de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de visitas realizadas a personas con Hospitalización Domiciliaria, desglosado en los participantes de esta visita.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Hospital Amigo

Sección D.1: Acompañamiento a hospitalizados

Definiciones conceptuales

Se refiere a la modalidad de atención en que los establecimientos hospitalarios deban brindar atención acogedora a la familia de los pacientes hospitalizados en éstos, mejorando de este modo la calidad de atención, esto en el marco de la Satisfacción Usuaria.

Los sistemas de acompañamiento deben incluir estrategias definidas de implementación lideradas por la dirección; elaboradas participativamente y socializadas interna y externamente y, además, la existencia y cumplimiento de los protocolos respectivos.

Componentes:

- Total días camas ocupadas: Corresponde al número de días camas ocupados en el periodo, en el establecimiento.

- Días camas ocupadas con acompañamiento diurno: Corresponde a los días camas en que el paciente contó con algún tiempo de acompañamiento durante el día, excluyendo el horario de visita establecido.

- Días camas ocupadas con acompañamiento diurno de 6 horas: Corresponde a los días camas en que el paciente conto con acompañamiento diurno durante 6 horas (sin contar el horario de visitas establecido).

- Días camas ocupadas con acompañamiento nocturno: Corresponde a los días camas en que el paciente contó con acompañamiento durante la noche.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de día cama ocupada en la modalidad de "Hospital Amigo", desglosada en pacientes hospitalizados menores de 15 años y en 60 y más años.

La información de esta sección debe ser entregada diariamente por las Enfermeras a cargo de las Unidades Funcionales o Centros de Responsabilidad, al personal que realiza el Censo de Camas Hospitalarias, debiendo éstos mantener un registro diario mensual con la información entregada, que será consolidada para vaciarla en el REM-A.21.

Regla de consistencia para :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D.2: Información a familiares de pacientes egresados

Definiciones conceptuales :

Corresponde a los paciente egresados cuyos familiares reciben orientación al momento del alta a fin de entregar información educar, prevenir y evitar reingresos. Además, recibieron orientación para abordar el proceso definitivo de recuperación de los pacientes con posterioridad a su estadía en el Hospital tanto de alta, mediana o baja complejidad.

La información de esta sección debe ser entregada diariamente por las Enfermeras a cargo de las Unidades Funcionales o Centros de Responsabilidad, al personal que realiza el Censo de Camas Hospitalarias, debiendo éstos mantener un registro diario mensual con la información entregada, que será consolidada para vaciarla en el REM-A.21.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de pacientes egresados en el periodo y número de pacientes cuyos familiares recibieron información u orientación al momento del alta del paciente desagregada en menores de 15 años y de 60 años y más.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Apoyo psicosocial en niños (as) hospitalizados

Definiciones conceptuales :

Total de egresos (en el periodo): Corresponde a los niños(as) que egresaron del establecimiento por condición de alta o fallecimiento. No incluye los traslados a otra unidad funcional del mismo hospital.

Egresados con apoyo psicosocial - intervención psicosocial: Corresponde a los niños y niñas egresados que durante su estadía fueron atendidos por psicólogo (a), Asistente Social, Terapeuta Ocupacional u otro profesional , a fin de preservar su desarrollo integral durante la situación de stress que significa la hospitalización.

Egresados con apoyo psicosocial – estimulación del desarrollo: Corresponde a los niños y niñas egresados que durante su estadía fueron atendidos por distintos profesionales tales como Educadora de Párvulos, Educadora Diferencial, Kinesiólogo/a , Terapeutas Ocupacionales u otro profesional y técnicos debidamente entrenado a fin de preservar su desarrollo integral durante la situación de stress que significa la hospitalización.

Además, corresponde a los niños(as) que egresaron del establecimiento por condición de alta o fallecimiento que recibieron intervención psicosocial. No incluye los traslados a otra unidad funcional del mismo hospital.

Nº de atenciones - intervención psicosocial: Corresponde a las atenciones realizadas por distintos profesionales, tales como Psicólogo (a), Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, con énfasis en la evaluación psicológica, apoyo psicológico (intervención en crisis) a la familia y al niño/a hospitalizado, detección de variables de riesgo psicosocial, intervenciones psicosociales y actividades educativas a las madres, padres y/o cuidadores acerca de la condición de salud, cuidados médicos y de enfermería

Nº de atenciones - estimulación del desarrollo: Corresponde a las actividades de estimulación realizadas con los niños/as de acuerdo a su edad y patología por distintos profesionales, tales como, Educadora de Párvulos, Educadora Diferencial, Kinesiólogo/a , Terapeutas Ocupacionales u otro profesional y técnicos debidamente entrenados que favorecen el desarrollo integral del niño(a) hospitalizado.

Nota (*): Ver Catálogo de Prestaciones Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB) – Programa Chile Crece Contigo.

Definiciones operacionales :

Se registra el número total de egresos al que corresponde el mes de informe, de niños (as) y adolescentes, según grupo de edad especificado en el REM, el número total de egresos de niños(as) y adolescentes que recibieron apoyo psicosocial con intervención psicosocial, y el número total de egresos de niños(as) y adolescentes que recibieron apoyo psicosocial con estimulación del desarrollo en el mes.

El número de atenciones de Intervención Psicosocial y atenciones de Estimulación del Desarrollo corresponderá al registro de las actividades entregadas en el mes a las personas hospitalizadas, independiente del profesional que las otorgo y NO necesariamente tendrán una concordancia con el número de egresos en el periodo.

El registro de egresos con apoyo psicosocial de hospitalizados que recibieron intervención psicosocial o que recibieron estimulación del desarrollo son excluyentes. En el caso de un hospitalizado que reciba ambas intervenciones prevalecerá para el registro el egreso con "intervención psicosocial", ya que la estimulación del desarrollo es parte de las acciones de una intervención psicosocial. Sin embargo, si un hospitalizado recibe solo estimulación del desarrollo, y NO requiere de una intervención psicosocial, éste corresponderá registrarlo como un egreso con estimulación del desarrollo.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F: Gestión de procesos de pacientes quirúrgicos con cirugía electiva

Definiciones conceptuales :

Se refiere a los días promedio de permanencia de las personas antes de ser intervenidos quirúrgicamente. El objetivo es evaluar la utilización que se le da a la cama, con él se puede evaluar la prolongación innecesaria de los días de hospitalización, descoordinación entre los servicios administrativos, diagnósticos o terapéuticos y las Unidades Funcionales o Unidades de Hospitalización.

Días de Estada Pre Quirúrgicos: Total de días que el paciente permaneció hospitalizado en el establecimiento y corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de la intervención quirúrgica.

Para identificar el recurso de uso de cama, es necesario distinguir los días estada pre-quirúrgicos de los post-quirúrgicos.

Paciente condicional: Todo paciente en tabla quirúrgica definitiva, que queda en condición de suplencia frente alguna suspensión de paciente de cirugía programada. Esto no significa, necesariamente, que vaya hacer intervenido quirúrgicamente el día citado.

Debe cumplir los siguientes criterios:

- Contar con el consentimiento del paciente o tutor legal.
- No incluir aquellos que se vean afectados por el ayuno, preparaciones especiales, enfermedades de salud mental, aspectos especiales (adulto mayor, ruralidad, dependiente de cuidados)
- No incluir pacientes de menos de 6 meses de edad
- No incluir pacientes que requieran cirugías prolongadas y/o complejas.

Consideraciones relevantes:

- No se consideran como suspensiones los pacientes que son incorporados como condicionales a la tabla quirúrgica y posteriormente no son realizados.
- Se debe contar con criterios de incorporación a tabla quirúrgica programada de pacientes condicionales que no fueron intervenidos.
- Esto debe considerar dejar solo por una vez al paciente en forma condicional, sino ha sido intervenido en esa oportunidad, se debe asurar su incorporación en la tabla quirúrgica en oportunidad próxima e informarle al paciente.

Causas de suspensión de Cirugías

Paciente

- No se presenta / No se ubica
- Rechaza operación
- Patología aguda
- Patología crónica descompensada
- Falta de ayuno
- Sin suspensión de anticoagulante u otras drogas proscritas (excluidas)
- Atraso en el ingreso
- Patología no informada, no conocida (alergia al látex)
- Estudio incompleto
- Exámenes alterados no corregidos
- Falta de preparación de piel, intestinal, antibiótica u otra especifica
- Sin evaluación de especialista indicada
- Descompensación en pabellón
- Sin indicación quirúrgica
- Anticipación de cirugía por agudización de patología.
- Paciente fallece

Administrativas

- Error de programación
- Reemplazado por urgencia
- Sin cupo en recuperación
- Falta dISPonibilidad de cama UPC
- Documentación incompleta
- Sin consentimiento informado firmado /Ausencia de tutor legal consignado

Unidades de apoyo clínico

- Instrumental y/o Material con falla de esterilización
- Instrumental incompleto o no dISPonible
- Equipamiento no operativo
- Falta sangre o hemoderivados
- Falta medicamentos/stock insuficiente
- Falta de insumos/stock insuficiente
- Falta de ropa quirúrgica/stock insuficiente
- Falla coordinación Unidad de Imagenología

- Falla coordinación Unidad Anatomía Patología (biopsia rápida)

Equipo Quirúrgico

- Falta / Disponibilidad de Cirujano
- Falta / Disponibilidad de Técnico Paramédico
- Falta / Disponibilidad de Anestesiólogo
- Falta / Disponibilidad Profesional No Medico
- Prolongación de Tabla

Infraestructura

- Falta de personal de Aseo
- Falla Energía Eléctrica
- Falla de Climatización
- Falla de Red Húmeda
- Falla Ascensor
- Falla Gases Clínicos

Gremiales

- Paro o movilización de funcionarios

Emergencias

- Desastres naturales: Terremotos, aluviones, tsunamis, inundaciones, erupciones volcánicas, etc.
- Destrucción repentina e irrecuperable de la infraestructura del Hospital.
- Desastres de eventos deportivos.
- Accidentes múltiples.
- Incendios forestales.

Ataque de Terceros

- Incendios o amago de incendio.
- Inundaciones.
- Derrame de productos químicos.
- Aviso de bombas.
- Actos delictuales.
- Actos de marcada connotación pública.

Causales suspensión quirófanos no habilitados

- Infraestructura.

- Falta de equipamiento.

Causales suspensión quirófanos no en trabajo

- Planta física: Se refiere a falla estructural
- Equipamiento
- RRHH (Cirujanos, anestesista, técnicos, otros profesionales)
- Gremiales

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el mes del informe, según la especialidad por la que fue intervenido, y el número de días de estada pre quirúrgicos de los pacientes que tuvieron que esperar en una cama de hospital para ser intervenido (Unidad Funcional). No se incluyen las cirugías ambulatorias en este registro, ya que no generan días de estada pre quirúrgicos y no hacen uso del recurso cama hospitalaria (dotación).

Se deben registrar el número de pacientes que incluidos en la programación de tabla quirurgica, ya sea por pacientes programados y pacientes suspendidos, por especialidad y grupos de edad correspondientes.

Días de estada pre-quirúrgicos: Corresponde a registrar la cantidad de días, con denominación Pre-Quirúrgicos, de pacientes que requieren de una intervención quirúrgica, y por tanto días de hospitalización para tal actividad.

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección G: Causa de suspensión de cirugías electivas

Definiciones conceptuales:

Se entenderá como suspensiones todo evento en el cual la persona que estando en la tabla quirúrgica publicada, no es intervenida, independiente de la causa de suspensión (de la persona, quirófano, unidades de apoyo, equipos quirúrgicos).

El objetivo de este ítem es disminuir el número de intervenciones suspendidas por cada especialidad quirúrgica (de acuerdo a la cartera de servicios del establecimiento). Considerando que el estándar chileno es de 10% de suspensiones. Los gestores de quirófano deberán en conjunto con los cirujanos y anestesistas, programar las intervenciones con el objeto de disminuir las suspensiones.

El registro es responsabilidad de la Unidad de Pabellón (la fuente de datos es la tabla quirúrgica) y debe ser entregado a la Unidad de Estadística en el plazo establecido.

Se establecen la siguientes causales de suspensión:

- Derivadas del Paciente

- Derivadas de Acciones Administrativas
- De las Unidades de Apoyo Clínico
- Equipo Quirúrgico
- Infraestructura
- Gremiales
- Emergencias
- Ataque de Terceros
- Otros

Número de cirugías suspendidas: Corresponde al número de cirugías suspendidas según causal de suspensión (tabla quirúrgica), falta de coordinación entre el servicio de anestesia, de cirugía y el propio paciente.

Definición operacional :

Se registra el número de cirugías programadas y suspendidads según causas consignado en el REM, según edad y condición de beneficiarios*. Se registran solo las intervenciones quirúrgicas electivas bajo la modalidad de atención institucional MAI y MLE. Se incluyen las cirugías ambulatorias electivas.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A.23: Salas IRA-ERA y Mixtas en APS

Objetivo General: Entregar atención oportuna, personalizada y de calidad a usuarios que cursan con infecciones respiratorias agudas y presentan enfermedades respiratorias crónicas, contribuyendo a disminuir complicaciones y mortalidad prematura, como también a la mejoría de la calidad de vida de éstas.[12]

Secciones del REM-A.23

Sección A: Ingresos agudos según diagnóstico.

Sección B: Ingreso crónico según diagnóstico (solo médico).

Sección C: Egresos.

Sección D: Consultas de morbilidad por enfermedades respiratorias en salas IRA-ERA y Mixta.

Sección E: Controles realizados.

Sección F: Consultas atenciones agudas.

Sección G: Inasistentes a control de crónicos.

Sección H: Inasistentes a citación agendada.

Sección I: Procedimientos realizados.

Sección J: Derivación de pacientes según destino.

Sección K: Recepción de pacientes según origen.

Sección L: Hospitalización abreviada / Intervención en crisis respiratoria.

Sección M: Educación en salas.

Sección M.1: Educación individual en sala IRA-ERA

Sección M.2: Educación grupal en sala (agendada y programada).

[12] Manual Operativo Programas de Salud Respiratoria, División de Atención Primaria, Unidad de Salud Respiratoria, 2015, pág.8.

Sección N: **Visitas domiciliarias realizadas por equipo IRA-ERA a familias.**

Sección O: **Programa de Rehabilitación Pulmonar.**

Sección P: **Aplicación y resultado de Encuesta Calidad de Vida.**

Definiciones Conceptuales y Operacionales Secciones del REM-A.23

Estos programas, desarrollados a lo largo del país deben realizar actividades de Promoción, Prevención, pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de usuarios con enfermedades respiratorias agudas y crónicas de su población a cargo, bajo el modelo de atención integral y enfoque familiar, estableciendo coordinación con nivel secundario, incorporando determinantes psicosociales en la evaluación de los pacientes y sus familias, involucrando a estas en el autocuidado y manejo de los problemas de salud, trabajando con el intersector.[13]

Sección A: Ingresos agudos según diagnóstico

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la información de todos los establecimientos que realizan actividades para pacientes con patologías agudas y crónicas del Programa Salud Respiratorio, sin excluir a los que no poseen salas IRA-ERA o Mixta.

Ingresos agudos: Se considerarán ingresos agudos las atenciones realizadas a pacientes atendidos por primera vez en el mes por un cuadro respiratorio agudo determinado (IRA alta, Influenza, Neumonía, Coqueluche, Bronquitis Obstructiva Aguda y Otras IRA Bajas) o una exacerbación (Exacerbación Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente, Exacerbación Asma, Exacerbación de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Exacerbación Fibrosis Quística, Exacerbación Otras Respiratorias Crónicas).

En el caso de la patología aguda el ingreso es registrado por el kinesiólogo o enfermera, según el diagnóstico médico por el cual fue derivado a la atención.

Reingreso agudo: En el caso de la patología aguda se registra el reingreso a las atenciones realizadas a pacientes ya atendidos por un cuadro respiratorio determinado que vuelven a consultar, o son re-derivados por el mismo cuadro dentro del mes.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de pacientes que ingresan y reingresos, derivados de morbilidad, servicio de urgencia o alta hospitalaria por primera vez o tras ser dado de alta, por cuadro respiratorio agudo a salas de IRA-ERA o Mixtas,según diagnóstico, desagregados edad y sexo de las personas que ingresaron en el mes.

[13] Manual Operativo Programas de Salud Respiratoria, División de Atención Primaria, Unidad de Salud Respiratoria, 2015, pág.8.

De contar con más de un diagnóstico deberá considerarse el más distal (por ejemplo otras IRA Baja por sobre IRA Alta) y/o el más grave. Un mismo paciente puede tener más de un ingreso al mes, si se trata de cuadros distintos. Si ocurrió la recuperación total de un cuadro que luego se repitió es un reingreso.

El valor registrado en la columna "reingreso" para cada diagnóstico, está incluido en los tramos desagregados por sexo y edad.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B: Ingreso crónico según diagnóstico (solo médico)

Definiciones conceptuales :

Se considerarán ingresos crónicos las atenciones realizadas a pacientes atendidos por primera vez por un cuadro respiratorio crónico determinado.

En el caso de la patología crónica el ingreso lo realiza el médico.

Reingreso crónico: Pacientes que vuelven a ingresar, tras haber abandonado los controles por otra causa (abandono, alta).

Se considera abandono de tratamiento en las siguientes condiciones:

- Menores de 1 año: 2 meses 29 días de inasistencia desde la última citación.
- De 12 a 23 meses: 5 meses 29 días de inasistencia desde la última citación.
- De 2 años y más: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación.

Los sistemas de rescate se deben de activar desde la primera inasistencia a control y efectuarse a lo menos 3 acciones de rescate de inasistentes.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de ingresos efectuados, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas.

Se considerará Ingreso de Crónico a la atención realizada a pacientes cuyo diagnóstico ha sido confirmado por médico e ingresado a SIGGES, según corresponda.

En el reingreso se registra cuando el paciente vuelve a ingresar luego del abandono de tratamiento o alta.

El valor registrado en la columna "reingreso" para cada diagnóstico, está incluido en los tramos desagregados por sexo y edad.

Regla de consistencia para :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C: Egresos

Definiciones conceptuales :

Egresos: Usuarios que egresan del programa, por abandono, fallecimiento, traslado o alta, según las patologías por las que ingresó al Programa.

Se considera abandono de tratamiento en las siguientes condiciones:

- Menores de 1 año: 2 meses 29 días de inasistencia desde la última citación.
- De 12 a 23 meses: 5 meses 29 días de inasistencia desde la última citación.
- De 2 años y más: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación.

Los sistemas de rescate se deben de activar desde la primera inasistencia a control y efectuarse a lo menos 3 acciones de rescate de inasistentes.

Se consideran “Traslados” a las personas que solicita cambio de centro de salud por cambio de domicilio, trabajo u otro.

Se consideran “Altas” a las personas que finalizan su tratamiento.

Se considera “Fallecimiento” a las personas que se encuentran en tratamiento dentro del programa y fallecen, ya sea por causa de la misma patología u otros motivos.

Definiciones operacionales :

Se deben registrar los egresos al programa, según diagnóstico y por grupos de edad.

En las últimas columnas se debe registrar los egresos por fallecimiento y abandono, las cuales deben estar desagregadas por grupo edad

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Consultas de morbilidad por enfermedades respiratorias en salas IRA-ERA y Mixta

Definiciones conceptuales :

Es la atención médica otorgada en horario asignado al programa con fines de diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud, por reagudización de cuadro respiratorio crónico o cuadro agudo sin citación (cupo extra o consulta espontánea).

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar el número de consultas realizadas por médico en salas IRA-ERA o Mixtas, desglosadas por grupo de edad y sexo. El paciente que ingresa por primera vez por patología crónica se registra en Sección B desagregado por sexo y grupo etario.

Reglas de consistencia :

R.1: Las consultas realizadas por médicos del programa u otros facultativos por causas respiratorias en horas distintas a las consideradas para el control de pacientes bajo control o reconversión de agenda en las salas IRA-ERA y Mixta, se deberán registrar en el REM-A04.

R.2: Se deben considerar los pacientes beneficiarios* en la última columna, que deben estar considerados en los grupos de edad correspondientes.

Sección E: Controles realizados

Definiciones conceptuales :

Se considerará controles realizados a toda atención de población crónica respiratoria programada (con citación de fecha de control), que se realiza con posterioridad al ingreso de crónicos (sección B) entregada por médico, kinesiólogo y/o enfermera.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de actividades programadas que se realiza en el programa, por médico, enfermera y/o kinesiólogo, debe ser desagregada por grupo de edad y sexo.

Reglas de consistencia :

R.1: Se deben considerar los pacientes beneficiarios* en la última columna, que deben estar considerados en los grupos de edad correspondientes.

Sección F: Consultas atenciones agudas

Definiciones conceptuales:

Se considerará consulta de atenciones agudas a las consultas que se realizan con posterioridad a la primera atención por un cuadro respiratorio agudo o exacerbación de la patología respiratoria crónica, visto por enfermera o kinesiólogo (Control de patología aguda respiratoria).

Definiciones operacionales:

Se registra el control a usuario con posterioridad a la primera atención por un cuadro respiratorio agudo o exacerbación de la patología respiratoria crónica, desagregando por sexo y grupo etario.

Reglas de consistencia:

R.1: Se deben considerar los pacientes beneficiarios* en la última columna, que deben estar considerados en los grupos de edad correspondientes.

Sección G: Inasistentes a control de crónicos

Definiciones conceptuales:

Se considerará inasistentes a control de crónicos a pacientes que no han asistido a citación agendada de su patología respiratoria crónica.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de pacientes crónicos, según diagnóstico, por grupos de edad y sexo, que presentan inasistencia a control crónico de salud respiratoria.

En los pacientes que presenten más de un año de inasistencia, después de realizar 3 acciones de rescate (se considera abandono en mayores de 2 años) se debe egresar del programa respectivo y registrar en sección C (Todos los diagnósticos que presentaba el usuario se deben egresar individualmente).

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección H: Inasistentes a citación agendada

Definiciones conceptuales:

Se considerará inasistentes a citación agendada a pacientes que no han asistido a citación programada. Esta sección incluye las inasistencias a consultas, talleres de educación, citación a pruebas funcionales u otras actividades agendadas.

Definiciones operacionales :

Sólo se incluyen registros de inasistencias a consultas, talleres de educación, citación a pruebas funcionales u otras “Actividades Agendadas” (excluye control de crónicos) en menores y mayores de 20 años.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección I: Procedimientos realizados

Definiciones conceptuales :

Se considerará procedimientos la espirometría basal (considera sólo una de las etapas de la técnica), Espirometría post BD (considera la realización completa de la técnica), la Flujometría Basal, Flujometría Post BD (considera la realización de la técnica pre y post BD), la Pimometría, el Test de Provocación con Ejercicio, el Test de Marcha de 6 minutos, las sesiones de kinesioterapia respiratoria, estos procedimientos pueden ser realizado por el Médico, Kinesiólogo, Enfermera según corresponda, en el marco de la atención a pacientes en las salas IRA-ERA o Mixtas.

Definiciones operacionales :

El registro se contabilizará de manera individual independiente de si fueron realizadas durante la misma consulta.

Se registran procedimientos descritos en sala IRA-ERA y Mixtas y sólo los que fueron realizados por Médico se debe colocar el total al final de la sección.

Regla de consistencia :

R.1: Cuando se realiza solo la Espirometría basal se debe de registrar como tal. En el caso de realizar Espirometría basal y Post BD se debe registrar sólo como Espirometría Post BD

Sección J: Derivación de pacientes según destino

Definiciones conceptuales :

Se considerará derivación de pacientes las interconsultas realizadas por el médico del centro de salud a la Unidad de Emergencia Hospitalaria, al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) u otros Servicios de Atención Primarios de Urgencia (como los SUC, SUR o SAR), al Centro de Referencia de Salud (CRS), al Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) o al Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del hospital de referencia.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar en esta sección las derivaciones realizadas por médicos fuera del contexto de atención de los programas IRA o ERA (atenciones de morbilidad), o cuando los pacientes son evaluados o manejados en las salas IRA o ERA mientras ocurre la derivación (por ejemplo, pacientes que en espera de traslado reciben oxigenoterapia o evaluación kinésica en las salas IRA-ERA o Mixtas).

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección K: Recepción de pacientes según origen

Definiciones conceptuales :

Se considera recepción de pacientes las interconsultas dirigidas a los profesionales de la sala IRA-ERA o Mixta desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU o SAR) u otros Servicios de Atención Primarios de Urgencia (como SUR), profesionales del mismo centro de salud (Consultas de morbilidad), el Centro de Referencia de Salud (CRS) o el Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Definiciones operacionales :

Se debe registrar el número de pacientes provenientes de Unidades de Emergencia, SAPU, consultas de morbilidad, CAE, CDT O CRS, divididos en menores de 20 y de 20 años y más.

Las derivaciones provenientes del nivel terciario (pacientes que fueron hospitalizados) deberán registrarse en la fila CAE / CDT / CRS, y así mismo las derivaciones provenientes del Extra-Sistema.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección L: Hospitalización abreviada / Intervención en crisis respiratoria

Definiciones conceptuales :

Se considerará hospitalización abreviada /intervención en crisis las atenciones de pacientes con cuadros moderados y severos, según los protocolos de manejo de cuadros obstructivos, exacerbaciones asmáticas, de EPOC y otras respiratorias.

Definiciones operacionales :

Se registra el número total de hospitalizaciones abreviadas y/o intervenciones en crisis respiratorias por paciente, realizadas en el mes por diagnóstico desagregado sólo por grupo de edad y sexo.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección M: Educación en salas.

Sección M.1: Educación individual en sala IRA-ERA

Definiciones conceptuales :

Se considerará educaciones individuales a las consejerías o educación de ciertas áreas temáticas, que son realizadas en el ingreso y control de crónico en el período de atención profesional de salas IRA-ERA o Mixta.

Los temas que se abarcan dentro de las educaciones individules son:

Antitabaco: Intervención simple y corta, de carácter individual, personalizada, de 3 a 5 minutos de duración que se realiza durante las actividades efectuadas en el establecimiento, independiente del motivo y tipo de éstas.

Autocuidado según patología: Se educa al paciente de salas IRA-ERA o Mixta respecto a las diferentes técnicas de autocuidado para la patología que padece.

Uso de terapia inhalatoria: Corresponde a la educación en relación a la técnica y como aplicar la terapia.

Educación integral en salud respiratoria: Corresponde a la educación que se realiza al ingreso de pacientes y en los controles de crónicos respiratorios, que incluye educación en medidas de prevención, técnica y tratamiento inhalatorio, reconocimiento de signos y síntomas, enseñanza y refuerzo de medidas y conductas de automanejo de la patología crónica.

Estilos de Vida Saludables: Corresponde a la educación que proporciona el equipo IRA-ERA en relación a la alimentación saludable, sedentarismo y conductas responsables, que permiten entregar conocimientos de prevención, fortalecer la educación del autocuidado y herramientas de automanejo a los pacientes atendidos en sala.

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde registrar el número total de educaciones, según temática, efectuadas por el equipo IRA-ERA en sala, al ingreso de Programa y al control, desglosando en grupos de edad menores de 20 años y de 20 años y más.

Si en la educación individual se tratan varios temas (autocuidado según patología, uso de terapia inhalatoria, entre otras) se deberá registrar solo una educación, cuyo tema sea el de mayor relevancia, es decir el motivo que generó la consulta.

Para las educaciones individuales programadas de cesación tabáquica u otras de temáticas de promoción y prevención se deben de registrar como Consejería en REM A.19a.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección M.2: Educación grupal en sala (agendada y programada)

Definiciones conceptuales :

Se considerará educaciones grupales en sala a los talleres grupales que se realizan en el establecimiento y están orientados a la educación de ciertas temáticas, como por ejemplo la educación integral en salud respiratoria. El contenido de estos talleres se enfocan en los siguientes aspectos:

- Eduacación Integral en Salud Respiratoria
- Rehabilitación Pulmonar
- Antitabaco

Con el objetivo de acercar la atención a los usuarios, las educaciones grupales pueden dirigirse a pacientes, padres o cuidadores y efectuarse en salas cunas y jardines infantiles, en establecimientos educacionales o también en el intersector.

Definiciones operacionales :

Se debe registrar el número total de sesiones realizadas por un profesional o dos o más profesionales que efectúan estas actividades de carácter educativo a grupos de pacientes en salas IRA-ERA o Mixtas, según temas. Además, se debe consignar las educaciones que se realizan en terreno, como en salas cunas o jardines infantiles, establecimientos educacionales, o en el intersector.

También, se debe registrar el número total de participantes que asiste a la educación grupal, según el area temática abordada en salas IRA-ERA o Mixtas. Además, se debe consignar el número de participantes en las educaciones que se realizan en terreno, como en salas cunas o jardines infantiles, establecimientos educacionales, o en el intersector.

Regla de consistencia :

R.1: El taller IRA para menores de 3 meses debe ser registrado en el REM-A27.

Sección N: Visitas domiciliarias realizadas por equipo IRA-ERA a familias

Definiciones conceptuales :

Corresponde a visitas domiciliarias realizadas por equipo IRA-ERA a familias bajo la estrategia Hogar Libre de Humo, a familias de fallecidos por Neumonía (aplicación de encuesta según norma técnica) y, a pacientes del Programa Oxigeno Ambulatorio (AVNI, AVI, AVNIA, AVIA), con la finalidad de entregar orientaciones a temas que tengan relación con las patologías abordadas en las salas IRA-ERA o Mixtas.

Definiciones operacionales :

Se debe registrar las visitas realizadas por equipos IRA-ERA a familias, bajo el concepto de hogar libres de humo, muerte por neumonía en domicilio, según orientación técnica vigente, pacientes en programas de oxigenoterapia ambulatoria, con el objetivo de educar a paciente, familia o tutor respecto de la patología, la prevención de complicaciones y la rehabilitación.

En “Otras Visitas” se deben registrar las visitas domiciliarias que sean efectuadas por el equipo IRA-ERA en otras temáticas no consideradas en esta sección.

Las actividades deben ser registradas por un profesional, por dos o más profesionales, o por un profesional y un Técnico Paramédico, según las visitas que realicen.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección O: Programa de Rehabilitación Pulmonar

Definiciones conceptuales :

El Programa de Rehabilitación Pulmonar está orientado a reducir los síntomas respiratorios, mantener y mejorar la funcionalidad y contribuir a mejorar la calidad de vida en personas con EPOC, que se encuentran bajo control en el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) en APS.

Los objetivos especificos de este programa son:

- Mejorar la condición física y rendimiento al ejercicio.
- Desarrollar habilidades para el automanejo de la EPOC.
- Incorporar a la familia como apoyo terapéutico.

Este programa está a cargo de los profesionales que se desempeñan en el Programa de Salud Respiratoria del Adulto, se ejecuta durante 3 meses, con una frecuencia 2 o 3 veces por semana, con una duración de 90 minutos. Los instrumentos de evaluación al inicio y al final del programa son: Test de marcha de 6 minutos, Escala de disnea del Medical Research Council MRC modificado y Test simple de calidad de vida (CAT)[14].

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde registrar el número total de pacientes que ingresan al Programa de Rehabilitación Pulmonar y que se encuentran bajo control por Enfermedad Respiratoria del Adulto (ERA) en el establecimiento APS.

También se debe registrar el número de egresos del Programa, según motivo del egreso, que puede ser por término de tratamiento dado que finalizan el programa según los criterios de finalización establecidos en él, o por abandono de tratamiento donde se consignan los pacientes que no finalizan el programa, dado que no cumplieron los requisitos de asistencia a éste.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección P: Aplicación y resultado de Encuesta Calidad de Vida

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la aplicación de encuestas de calidad de vida que se realiza en sala IRA-ERA o Mixta al ingreso a programa por patología crónica. Se evalúa su condición de mejoría una vez al año, según instrumento aplicado en la evaluación inicial.

Definiciones operacionales :

Se registra el número total de encuestas aplicadas al ingreso de crónico. Además, se registra el resultado de la encuesta según condición de “mejorado” o “no mejorado” que se obtiene a los 12 meses de permanecer bajo control.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

[14] (Manual del Programa de Rehabilitación Pulmonar para la Atención Primaria de Salud – Unidad de Salud Respiratoria MINSAL - octubre 2013)

REM-A.24: Atención En Maternidad

En Chile, las actuales políticas de salud centradas en las personas y con enfoque de determinantes sociales, asumen el proceso de reproducción humana como un acontecimiento vital en las vidas de mujeres y hombres que da origen al nacimiento de una nueva persona, única, destinada a jugar un rol irrepetible en el grupo familiar y en la sociedad en la que ha nacido; las intervenviones de promoción y prevención comienzan mucho antes del parto. Por ello, los futuros padres y las familiar deben tener la posibilidad de crear las mejores condiciones para que el niño o niña desarrolle todas las potencialidades incluidas en su capital genético.[15]

Secciones del REM-A.24

Sección A: **Información de partos y abortos atendidos.**

Sección B: **Acompañamiento en el proceso reproductivo.**

Sección C: **Información de recién nacidos.**

Sección C.1: **Nacidos según peso al nacer.**

Sección C.2: **Recién Nacidos con malformación congénita.**

Sección C.3: **Apgar menor o igual a 3 al minuto y Apgar menor o igual a 6 a los 5 minutos.**

Sección D: **Esterilizaciones según sexo.**

Sección E: **Egresos de maternidad y neonatología, según lactancia materna exclusiva.**

Sección F: **Tipos de lactancia en niños y niñas al egreso de hospitalización.**

[15] (Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo, Departamento Ciclo Vital, División Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaria de Salud Pública, 2008)

Definiciones Conceptuales y Operacionales Secciones del REM-A.24

Sección A: Información de partos y abortos atendidos

Definiciones conceptuales :

Corresponde a los partos y abortos atendidos en los establecimientos pertenecientes al Sistema Nacional de los Servicios de Salud.

Parto: Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su embarazo a término. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones y bajo riesgo, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo". El feto nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas.

Parto Distócico Vaginal: Parto anormal o parto distócico (literalmente “parto difícil o alumbramiento con dificultad”). Ocurre cuando hay anormalidades anatómicas o funcionales del feto, de la pelvis de la madre, el útero y el cérvix y/o alguna combinación de éstos, los cuales interfieren con el curso normal del parto y alumbramiento. Las dificultades que surgen pueden ser de origen fetal, materno o de los anexos fetales como el cordón umbilical, la placenta o el líquido amniótico.

Parto por Cesárea: Es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina, cuando el parto por vía uterina no es posible por alguna complicación. Puede efectuarse de forma programada (electiva) o de urgencia.

Aborto: Es la la pérdida del embrión o del feto antes de que éste haya llegado a un desarrollo suficiente que le permite vivir de un modo independiente.

Se considera como aborto la interrupción del embarazo desde el momento de la concepción hasta finales del 6° mes.

Parto Normal Vertical: Parto en que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o en cuclillas).

Entrega de placenta a solicitud de la mujer: Se encuentra en el contexto de la modificación al decreto N°6, artículo 6 bis, 2009; por medio del Decreto N° 43, 2016 por medio del Artículo 1.: “Sin perjuicio de lo dispuesto en el árticulo 6°, la placenta se entregará a requerimiento de la mujer, en la medida que sea destinada a prácticas culturales que la mujer considere relevante. Dicha solicitud deberá realizarse con la anticipación tal que permita llevar a cabo la evaluación médica respectiva. Además la Ley 20.584 de deberes y derechos de los pacientes, artículo 7º la cual señala: ”En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.”

Parto fuera del Establecimiento: Parto efectuado fuera del recinto hospitalario.

Parto de embarazo no Controlado: Corresponde a la Gestante sin ingreso a control prenatal.

Partos prematuros menos de 32 semanas: Se define como aquel embarazo que finaliza, espontánea o por indicación médica, antes de las 32 semanas de gestación, estableciendo como límite inferior de edad gestacional las 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de corona a rabadilla.

Partos prematuros de 32 a 36 semanas: Se define como aquel embarazo que finaliza, espontánea o por indicación médica, entre las 32 y 36 semanas con 6 días de gestación

Partos prematuros: Se clasifican en, Partos Prematuros menos de 32 semanas y en Partos Prematuros de 32 a 36 semanas.

Anestesia: Se clasifican en Anestesia Peridural, Anestesia Raquídea, Anestesia General y Local.

Analgesia: Se clasifican en Analgesia Inhalatoria y Medidas Analgésicas no Farmacológicas.

Apego Precoz: Contacto mayor a 30 minutos. Es el contacto físico que debe establecerse entre el recién nacido y su madre en la primera media hora después al parto o lo antes posible en caso de cesáreas. Se clasifican por el peso del RN, menos o igual a 2.499 grs o igual o más de 2.500 grs.

Los Establecimientos de Salud deben propiciar este momento de intimidad entre la madre y su bebé, siempre que las condiciones de salud de ambos lo permitan, ya que esto favorece el vínculo afectivo y facilita el inicio de la Lactancia Materna.

Definiciones operacionales :

Tiene como finalidad registrar el total de partos, normal y distócico, partos por cesárea de tipo electivo o de urgencia y los abortos atendidos en el Establecimiento. Esta actividad se desagrega según condición de beneficiaria, no beneficiaria. Se utilizará como fuente de información el Libro de Partos y Abortos ubicados en el Servicio de Obstetricia de cada establecimiento.

Además, se debe registrar los Partos Prematuros desagregados en menos de 32 semanas y de 32 a 36 semanas de gestación. Ambos registros deben estar contenidos en el Total de Partos.

En caso de que la mujer sea sometida a más de un acto anestésico o analgésico, deberán registrarse todas las actividades indicadas por el profesional tratante y realizadas a la mujer.

En el caso del Apego Precoz, no se debe considerar en el parto la Presencia del Padre como Apego precoz, ya que solo está enfocado en la Madre, independiente si el parto es normal o cesárea.

Nota: el registro de Partos y Abortos corresponde al total de actividades realizadas, y debe ser mayor o igual a los registros contenidos en el Sistema Nacional de Información Perinatal (SNIP).

Reglas de consistencia :

R.1: Los deben registrar el número de pacientes correspondientes a Pueblos Originarios o migrantes, incluidos en los procedimientos realizados.

R.2: El registro de Partos y Abortos corresponde al total de actividades realizadas, y debe ser mayor o igual a los registros contenidos en el Sistema Nacional de Información Perinatal (SNIP).

R.3: Se debe registrar el número total de usuarias a las que se le entregan la placenta dada su voluntad y propia solicitud, y posteriormente desagregar el dato, según su pertenencia, en Pueblo Originario o migrante.

Sección B: Acompañamiento en el proceso reproductivo

Definiciones conceptuales :

Corresponde al acompañamiento que realiza el padre del menor, algún familiar u otra persona significativa a la madre durante el proceso reproductivo (el acompañamiento se puede dar en el proceso de parto o en el proceso de pre parto y parto).

Definiciones operacionales :

Se registra de acuerdo a los términos de embarazo (sección A) , el número de partos en que las mujeres son acompañadas en el proceso reproductivo, puede ser solo en el Parto o puede ser Pre-Parto y Parto, desglosados en “Total” y “Beneficiarias”.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C: Información de Recién Nacidos

Sección C.1: Nacidos vivos según peso al nacer

Definiciones conceptuales :

Es la primera medición del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. Dicho peso debe ser tomado preferentemente dentro de la primera hora de vida, antes de que ocurra la pérdida post-natal importante de peso.

La clasificación de los nacidos vivos según el peso al nacer es:

- Menos de 1.000 grs.
- De 1.000 a 1.499 grs.
- De 1.500 a 1.999 grs.
- De 2.000 a 2.499 grs.
- De 2.500 a 2.999 grs.
- De 3.000 a 3.999 grs.
- De 4.000 y más grs.

Programa fenilquetonuria (PKU) e hipotiroidismo congénito (HC): El Programa Nacional de búsqueda masiva de Fenilquetonuria e Hipotiroidismo Congénito Neonatal, que el Ministerio de Salud desarrolla desde Marzo de 1992, ha contribuido a mejorar la calidad de vida de los niños chilenos, al prevenir la discapacidad que ambas enfermedades producen. Este programa otorga cobertura al 100% de los nacidos vivos en todo el territorio nacional y tiene como objetivo prevenir el retardo mental que producen estas dos enfermedades si son detectadas y tratadas desde el período neonatal.

El examen para detectar Fenilquetonuria (PKU) e Hipotiroidismo Congénito (HC) se realiza principalmente en las maternidades de los hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

Toma de muestra: Corresponde al examen de sangre que debe ser tomado desde las 40 horas de vida cumplidas del recién nacido, idealmente a partir de las 48 horas. En el caso del recién nacido prematuro de 36 a 37 semanas de gestación, la muestra de sangre se debe tomar al 7º día de edad y en prematuros con edad gestacional inferior o igual a las 35 semanas, la muestra se tomará a los 7 días de edad, y posteriormente se deberá repetir a los 15 días de edad.

Definiciones operacionales :

Se debe registrar el número total de Recién Nacidos según peso al nacer, según los nacidos vivos y fallecidos al momento del nacimiento, desglosados por gramos.En las ultimas columnas se debe registrar las tomas de muestras efectuadas para la detección de Fenilquetonuria (PKU) e Hipotiroidismo Congénito (HC), según la normativa establecida por el Programa Nacional de Búsqueda Masiva de Fenilquetonuria e Hipotiroidismo Congénito Neonatal.

En “primeras muestras” se registrará el primer examen que se realice al recién nacido, y debe ser consistente con el Total de nacidos vivos según peso al nacer en el mes del informe.

En las “muestras repetidas” corresponde registrar todas las muestras que se realicen posterior a la primera, ya sea por repetición o confirmación de la muestra.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.2: Recien Nacidos con malformación congénita

Definiciones conceptuales :

Las malformaciones congénitas o defectos de nacimiento son deficiencias estructurales presentes al nacer y producidas por una alteración en el desarrollo fetal.

Ellas pueden ser evidentes o microscópicas, apreciables en la superficie del cuerpo o por el contrario, ocultas, hereditarias o no, únicas o múltiples.

La aparición de estos defectos en el recién nacido muchas veces está asociado a trastornos genéticos.

Definiciones operacionales :

Se debe registrar el Nº total de Nacidos Vivos o de Nacidos Fallecidos, que hayan presentado alguna malformación congénita.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.3: Apgar menor o igual a 3 al minuto y Apgar menor o igual a 6 a los 5 minutos

Definiciones conceptuales :

El Test de Apgar: Es la evaluación clínica que se le realiza al recién nacido en el momento de nacer al minuto y a los 5 minutos de vida. En él se evalúan 5 parámetros a los cuales se les asigna una puntuación entre 0 y 2.

En la columna “menor o igual a 3 (<=3) al minuto”, corresponde el número total de Recién Nacidos cuya puntuación de Apgar es menor o igual a 3 al minuto.

En la columna “menor o igual a 6 (<=6) a los 5 minutos”, corresponde el número total de Recién Nacidos cuya puntuación de Apgar es menor o igual a 6 a los 5 minutos.

Definiciones operacionales :

Se debe registrar los Test de Apgar realizados, en la primera columna Apgar “menor o igual a 3 al minuto”, y en la segunda columna de sebe registrar Apgar “menor o igual a 6 a los 5 minutos”.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Esterilizaciones según sexo ⚠

Definiciones conceptuales ⚠:

Esterilización femenina: Corresponde a un procedimiento para una mujer para producir su esterilidad permanente.

Esterilización masculina: Corresponde a una cirugía que pone fin a la fertilidad masculina de forma permanente (vasectomía).

Definiciones operacionales ⚠:

Se registra el número de esterilizaciones tanto en mujeres como en hombres realizadas en el periodo, desagregadas por grupo de edad e independiente de la causa de ésta. En las esterilizaciones femeninas se incluye también las realizadas durante una cesárea.

Regla de consistencia ⚠:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Egresos de maternidad y neonatología, según lactancia materna exclusiva ⏰

Definiciones conceptuales ⏰:

Total de egresos: Corresponde a los egresos de maternidad de puérperas con recién nacido vivo y los egresos de recién nacido del servicio clínico de neonatología.

Egresos con lactancia materna exclusiva: Corresponde a los RN vivos egresados con administración única de leche materna, en donde no se administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua); exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Definiciones operacionales ⏰:

Se registra el número total de egresos en Maternidad (Puérperas con RN vivo) y el número total de egresos de Neonatología.

Regla de consistencia ⏰:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F: Tipos de lactancia en niños y niñas al egreso de la hospitalización .

Definiciones conceptuales :

Lactancia Materna Exclusiva: Consiste en la alimentación que recibe el Lactante menor de 6 meses únicamente de leche materna, en donde no se administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Lactancia Materna / Lactancia Artificial (LM / LA): Consiste en la alimentación que recibe el Lactante menor a 6 meses, cuyas volúmenes de Lactancia Materna y Lactancia artificial se distribuyen de distintas formas durante el día. Incluye en este indicador la Lactancia Materna predominante (entre 50% y 90% de Lactancia Materna), y Fórmula predominante (entre un 10% y 49,9% de Lactancia Materna). No incluye la administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Lactancia Artificial (LA): Consiste en la alimentación que recibe el Lactante Menor de 6 meses exclusivamente de fórmula láctea o cuyo porcentaje de Lactancia Materna sea menor al 10%. No incluye la administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Definiciones operacionales :

Se debe registrar el tipo de lactancia que presentan los niños y niñas al egreso de la hospitalización , desgradados por sexo y según los siguientes rangos etarios:

De 0 a 29 días

De 1 mes a 2 meses 29 días

De 3 meses a 5 meses 29 días

De 6 meses a 11 meses 29 días

De 1 año a 2 años

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A.25: Servicios de Sangre

En Chile, es el Ministerio de Salud la entidad responsable del gestionar el suministro de sangre para el país. Esto se realiza mediante distintos establecimientos que desarrollan procesos de Medicina Transfusional, como los Centros de Sangre (4 en el país: Valparaíso, Metropolitano de Santiago, Concepción y Austral de Puerto Montt), Bancos de Sangre y Unidades de Medicina Transfuncional ubicadas dentro de los hospitales. Existen 50 lugares fijos de donación de sangre en el país, dependientes de los 29 Servicios de Salud existentes. Algunos sitios fijos tienen equipos que realizan colectas móviles de sangre, en lugares accesibles y cercanis a la comunidad, para entregar la oportunidad de donar sangre, por ejemplo en tu lugar de trabajo. También existen Bancos de Sangre privados, pertenecientes a instituciones de salud privadas que, de igual manera, se rigen por las normativas establecidas por MINSAL.

Secciones del REM-A.25

Sección A1: **Población donante (CS-UMT-BS).**

Sección A2: **Tipo de donantes rechazados.**

Sección A3: **Reacciones adversas a la donación (CS-UMT-BS).**

Sección B: **Ingreso de unidades de sangre a producción (CS-BS).**

Sección C: **Producción de componentes sanguíneos (CS-BS).**

Sección C1: **Componentes sanguíneos eliminados (CS-BS).**

Sección C2: **Componentes sanguíneos eliminados o devueltos al centro de Sangre (UMT).**

Sección C3: **Componentes sanguíneos transformaciones (CS- BS-UMT).**

Sección C4: **Componentes sanguíneos distribuibles (CS).**

Sección C5: **Satisfacción stock (7 Días) CS.**

Sección C6: **Satisfacción stock crítico (3 Días) UMT.**

Sección D: **Componentes sanguíneos distribuidos (CS) o transferidos (BS-UMT).**

Sección D1: **Transfusiones (UMT-BS).**

Sección E: **Demanda glóbulos rojos para transfusión (UMT-BS).**

Sección F: **Reacciones adversas por acto* transfusional (UMT-BS).**

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A.25

A contar del año 2015, se implementó una nueva estrategia de reconversión de los donantes de reposición o familiares a donantes altruistas, mediante un plan de trabajo establecido por el Ministerio de Salud en colaboración con el Ministerio de Salud Francés y el Establecimiento Francés de Sangre. Éste plan considera, agendamiento de hora para atención en todos los sitios fijos de donación, realización de llamados telefónicos, envío de mensajes de texto y correos electrónicos para motivar la donación reiterada y fidelizada de los donantes de reposición. Todo esto con el objetivo de lograr un 50% de donantes altruistas al año 2018. [16]

Glosario REM A.25:

Centro de Sangre (CS): Es un establecimiento especializado del Servicio de Sangre, cuya misión incluye todas las funciones relacionadas con la promoción, donación, procesamiento y producción de componentes sanguíneos, la calificación microbiológica e inmunohematológica de la sangre donada y el etiquetaje de sus componentes. Es responsable del almacenamiento, transporte, distribución, calidad y trazabilidad de los componentes sanguíneos entregados a las Unidades de Medicina Transfusional (UMT) de los diferentes establecimientos de salud que son parte de su red territorial. También puede cumplir otras funciones establecidas por el MINSAL como Laboratorio de Referencia en Inmunohematología, Banco de Tejidos, entre otras.

Unidad de Medicina Transfusional (UMT): Es una unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico de un establecimiento de salud público o privado, cuya función primordial es efectuar terapia transfusional con indicación sujeta a guías nacionales de manera oportuna, segura, de calidad, informada, y costo eficiente. Realiza procesos de hemovigilancia y procedimientos que permitan la trazabilidad.

Banco de Sangre (BS): Unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico localizada dentro de un establecimiento de salud, que efectúa promoción de la donación y colecta de sangre, producción de componentes sanguíneos, almacenamiento, calificación microbiológica e inmunohematológica, con el objeto de efectuar la terapia transfusional en el propio centro asistencial.

Sección A.1: Población donante (CS-UMT-BS)

Definiciones conceptuales :

Donante de sangre Altruista Nuevo u Ocasional: Persona que dona por primera vez o después de dos años desde su última donación, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago o incentivo a cambio.

[16] http://web.MINSAL.cl/dona-sangre/

Donante de sangres Altruista Repetido: Persona que dona en forma regular al menos una vez cada 2 años, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago a cambio.

Donante Familiar o de Reposición: Persona que dona bajo la presión institucional de cubrir las necesidades de un familiar o un amigo enfermo.

Donante Aceptado: Persona que de acuerdo a las normas establecidas y los criterios del proceso de entrevista, cumple con los requisitos y por lo tanto es aceptado como donante de sangre.

Colecta Móvil de sangre: Actividad en que un equipo de salud especializado, se desplaza a una localidad predefinida, portando el equipamiento y material necesario, con el objeto de colectar sangre de donantes voluntarios. La colecta puede realizarse en un lugar físico dISPonible dentro de una comunidad o en un vehículo especialmente acondicionado para estos fines.

Definiciones operacionales :

Corresponde al número de donantes altruistas (nuevos y repetidos) y reposición aceptados en la entrevista médica, separados por sexo y grupos de edad correspondientes.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Unidades de Medicina Transfusional y Banco de Sangre.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.2: Tipo de donantes rechazados

Definiciones conceptuales :

Donante Rechazado Transitorio: Persona que tras la entrevista de selección no es aceptada como donante, por no cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre por alguna causa transitoria o temporal.

Donante Rechazado Permanente: Persona que tras la entrevista de selección no es aceptada como donante, por no cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre, por causa permanente.

Familiares o Reposición: Persona que tras la entrevista de selección no es aceptada como donante, por no cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre, por causa transitoria – temporal o permanente.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar el número de donantes altruistas (nuevos y repetidos) y reposición rechazados en forma transitoria y permanente en la entrevista médica, separados por rango de edad correspondientes y separados por sexo.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.3: Reacciones adversas a la donación (CS-UMT-BS)

Definiciones conceptuales :

Reacciones Adversas a la Donación (RAD): Corresponde a cualquier reacción inesperada asociada a la donación de sangre, puede implicar síntomas locales (en el sitio de venopunción) o síntomas generales.

Reacciones Adversas a la Donación Inmediata: Corresponde a aquella reacción adversa que sucede durante la extracción de sangre, puede manifestarse con o sin lesión visible.

Reacciones Adversas a la Donación Tardía: Corresponde a aquella reacción adversa que sucede después de 1 hora de finalizada la extracción de sangre, puede manifestarse con o sin lesión visible.

Definiciones operacionales :

Corresponde al registro de acontecimientos adversos a la donación de sangre, clasificados según sus síntomas (locales o generales) y su clasificación en inmediata o tardía, con o sin lesión visible.

Incluye el registro del total de acontecimientos adversos, separados por tipo de donante: altruista o reposición, tales como:

- Hematoma
- Punción arterial
- Sangramiento posterior
- Irritación de un nervio
- Lesión nerviosa
- Lesión de tendón
- Brazo doloroso
- Tromboflebitis
- Alergia local

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Unidades de Medicina Transfusional y Banco de Sangre.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B: Ingreso unidades de sangre a producción (CS-BS)

Definiciones conceptuales :

Unidades de Sangre Apta: Aquellas unidades de sangre total que cumplen con los controles de volumen adecuado, sellos indemnes, sin filtraciones, correcta identificación y aspecto, por lo que pueden ser procesadas para obtener componentes sanguíneos.

Unidades de Sangre No Apta: Aquellas unidades de sangre total que no cumplen con los controles de calidad para ser procesadas con el fin de obtener componentes sanguíneos.

Definiciones operacionales :

Corresponde al registro del número total de unidades de sangre que han sido clasificadas como aptas y No aptas para que sean procesadas.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre y Banco de Sangre.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C: Producción de componentes sanguíneos (CS-BS)

Definiciones conceptuales :

Componente Sanguíneo o Hemocomponente: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado) que se puede preparar mediante centrifugación, filtración, congelación y/o descongelación de acuerdo a un procedimiento validado.

Definiciones operacionales :

Corresponde al registro del número total de unidades producidas de los distintos componentes de la sangre, según clasificación.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre y Banco de Sangre.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.1: Componenes sanguíneos eliminados (CS-BS)

Definiciones conceptuales :

Componentes sanguíneos eliminados: Corresponde a los hemocomponentes eliminados en cualquier etapa del proceso productivo o en el almacenamiento. Las causas de eliminación se indican a continuación:

- Calificación microbiológica reactiva: Hemocomponente que resulta reactivo ante las técnicas de tamizaje realizadas.
- Obsolescencia: Hemocomponente que es eliminado al cumplir su periodo de vida útil y no fue utilizado en terapia transfusional.
- Otros: Causas diversas de eliminación de hemocomponentes (control de calidad no conforme, aspecto, volumen, recuentos, hemólisis u otros).

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar el número total de unidades eliminadas por cada componente sanguíneo según la respectiva causa de eliminación.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre y Banco de Sangre.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.2: Componenes sanguíneos eliminados o devueltos al centro de sangre (UMT)

Definiciones conceptuales :

Corresponde a los hemocomponentes eliminados o devueltos al centro de sangre que no cumplen con los estándares de aceptación para ser incluidos en el stock de la Unidad de Medicina Transfusional.

Las causas de eliminación o devolución son:

Obsolescencia: Hemocomponentes eliminados o devueltos al CS por tener vida útil muy limitada y no puede ser utilizado en terapia transfusional.

Falla por cadena de frío: Hemocomponentes devueltos o eliminados por fallas en la cadena de frio durante el transporte o el almacenamiento.

Devoluciones por producto por no cumplir estándar: Hemocomponente devuelto al CS por no cumplir con el estándar establecido.

Descongelamiento sin uso: Hemocomponente eliminado por haber sido descongelado y no fue utilizado en terapia transfusional.

Otros: Hemocomponentes que fueron eliminados o devueltos por diversos motivos.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar los hemocomponentes eliminados o devueltos al centro de sangre que no pueden ser incluidos en la Unidad de Medicina Transfunsional. Se desagrega por tipo de causa de eliminación y componente sanguíneo.

El servicio de sangre que debe registrar en esta sección es la Unidad de Medicina Transfunsional.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.3: Componentes sanguíneos transformaciones (CS–BS-UMT)

Definiciones conceptuales:

Corresponde a los hemocomponentes que fueron transformados o modificados desde su presentación original para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

- Unidades pediátricas: Unidades de hemocomponentes alicuotados para uso pediátrico.
- Irradiación: Unidades de hemocomponentes sometidos a irradiación para su uso terapéutico en determinadas patologías o pacientes.
- Reconstitución para uso pediátrico (recambio): Unidades de hemocomponentes utilizadas en reconstitución de sangre total para recambio sanguíneo pediátrico.
- Reducción volumen: Unidades de hemocomponentes a las cuales se les redujo el volumen para su utilización en terapia transfusional.
- Desplasmatización: Unidades de hemocomponentes a las cuales se les remueve el plasma, lava y se suspende en otra solución aditiva para su utilización en terapia transfusional.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar los hemocomponentes transformados o modificados desde su presentación original para utilizar en pacientes pediátricos u otros pacientes que requieren terapia transfusional. Se desagrega por tipo de componente sanguíneo, según unidades.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfunsional.

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.4: Componentes sanguíneos distribuibles (CS)

Definiciones conceptuales

Componente sanguíneo apto o conforme: Corresponde a aquel componente sanguíneo que cumple con las condiciones óptimas de calidad del proceso productivo, almacenamiento, fecha de caducidad, cadena de frio y actividad celular o de sus componentes y por lo tanto, es apto para su almacenamiento y distribución.

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde registrar el número total de hemocomponentes aptos según tipo, para su distribución a la fecha de corte de este registro mensual.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.5: Satisfacción stock (7 días) (CS)

Definiciones conceptuales :

Gestión de Stock o Almacenamiento: Sistema utilizado por los establecimientos que realizan procesos de medicina transfusional para administrar la oferta y demanda de sangre y/o componentes sanguíneos en la cadena de suministro, con el objetivo de optimizar los recursos y lograr la provisión necesaria para el abastecimiento oportuno de las necesidades.

Stock o Inventario: Número total de unidades de componentes sanguíneos almacenados en condiciones controladas, para satisfacer de manera oportuna y continua la demanda del establecimiento.

Stock Óptimo**:** Corresponde a aquella cantidad de hemocomponentes almacenados que permite cubrir las necesidades transfusionales de un establecimiento durante 7 días.

Definiciones operacionales de :

En esta sección corresponde registrar el número total de días del mes en que el stock de GR de los grupos sanguíneos O(+), A(+), B(+), O(-) y A(-) se encuentra bajo la cantidad designada como óptima para una determinada UMT, CS o BS.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.6: Satisfacción stock crítico (3 DIAS) UMT

Definiciones conceptuales :

Stock crítico: Corresponde a aquella cantidad de hemocomponentes almacenados que permite cubrir las necesidades transfusionales básicas de un establecimiento durante 3 días.

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde registrar el número de días del mes en que el stock de GR de los grupos sanguíneos O(+), A(+), B(+), O(-) y A(-) se encuentra bajo la cantidad designada como mínima para una determinada UMT, CS o BS.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Componentes sanguíneos distribuidos (CS) o transferidos (BS y UMT)

Definiciones conceptuales:

Componentes sanguíneos distribuidos o transferidos: Son aquellos componentes sanguíneos a los que se les asigna un lugar de destino: una UMT, un Banco de Sangre, otro Centro de Sangre o una industria fraccionadora, ya sean dependientes del MINSAL, privados o FFAA.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número total de unidades distribuidas o transferidas, según lugar de destino y por tipo de componente sanguíneo.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre, según las unidades que distribuye. Los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfunsional, según las unidades que transfiere.

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D.1: Transfusiones (UMT - BS)

Definiciones conceptuales :

Glóbulos Rojos: Número de unidades de glóbulos rojos transfundidas a un paciente para proveer al organismo de una suficiente capacidad transportadora de oxígeno de manera de restituir una función perturbada y no para normalizar la cifra de glóbulos rojos, la concentración de hemoglobina o el valor del hematocrito. La unidad de glóblulos rojos transfundida puede ser sometida a transformación (inactivación linfocitaria) mediante irradiación.

Concentrado Plaquetario Estándar, Pool y Aféresis: Número de unidades de plaquetas transfundidas a un paciente con el objetivo de corregir o prevenir la hemorragia asociada a alteraciones cuantitativas o funcionales de sus plaquetas. La unidad de plaquetas transfundida puede ser sometida a transformación (inactivación linfocitaria) mediante irradiación.

Plasma fresco congelado: Número de unidades de plasma fresco congelado transfundidos a un paciente para corregir las hemorragias secundarias a deficiencias únicas o múltiples de factores de coagulación, cuando no se dISPone de la terapia específica. La unidad de plasmas transfundidas puede ser sometida a transformación (inactivación linfocitaria) mediante irradiación.

Crioprecipitados: Número de unidades de crioprecipitados transfundidos a un paciente para la prevención o tratamiento de hemorragias secundarias a la deficiencia de factores de coagulación. La unidad de crioprecipitados transfundidos puede ser sometida a transformación (inactivación linfocitaria) mediante irradiación.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar el número de unidades de componentes sanguíneos transfundidos, según tipo de componente sanguíneo, desglosando el registro de acuerdo a la clasificación de las unidades transfundidas en normal o mediante irradiación, y la edad del paciente desagregada en grupos de edad: menores de 15 años y de 15 y más años.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfunsional.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Demanda glóbulos rojos para transfusión (UMT - BS)

Definiciones conceptuales :

Demanda: Cantidad total de unidades según componente, indicadas por medio de una solicitud médica escrita de transfusión.

Unidades solicitadas: Total de unidades de glóbulos rojos indicadas por médico a un paciente, registradas en un fórmulario de solicitud de transfusión, que cumple criterios de indicación establecidos.

Unidades despachadas**:** Total de unidades de glóbulos rojos compatibilizadas y preparadas nominativamente para un paciente.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar el número total de unidades de glóbulos rojos solicitadas para transfusión y cuántas de estas solicitudes fueron despachadas.

Para el registro de las unidades solicitadas, no se debe considerar las solicitudes canceladas.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfunsional.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F: Reacciones adversas por acto transfusional (UMT-BS)

Definiciones conceptuales :

Acto transfusional: Procedimiento que se origina desde una solicitud de transfusión, que comienza a partir de la instalación de una o más unidades, realizada secuencialmente en un mismo evento.

Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT): Corresponde a los efectos adversos o a la respuesta anormal que un paciente presenta o desarrolla por la administración de componentes sanguíneos. Los tipos de reacciones adversas que se pueden originar son:

Rash Alérgico: Es una de las reacciones frecuentes a la administración de sangre y plasma. Se presenta como un eritema activo y prurito que responden al manejo con antihistamínicos y suspensión momentánea de la transfusión.

Anafilaxia: Reacción anafiláctica que puede manifestarse en grado leve con edema de partes blandas o una reacción severa con compromiso respiratorio (edema laríngeo) pudiendo llegar al shock anafiláctico. Esto es infrecuente y se presenta por el desarrollo de anticuerpos contra la IgA de clase IgG. en personas deficientes en IgA.

Reacción Febril No Hemolítica: Ésta es la más frecuente de las RAT. Su incidencia aumenta en pacientes poli transfundidos. Producida por anticuerpos antileucocitarios, y anti-HLA o presencia de citoquinas. Los síntomas de calofríos y fiebre pueden producirse durante o después de varias horas de finalizar la transfusión. Los calofríos en general preceden a alza térmica de al menos 1° C.

Reacción Hemolítica Aguda por Incompatibilidad ABO: Reacción que se debe al error en la identificación del receptor correcto, se correlaciona con la velocidad e intensidad de la hemólisis intravascular. La sintomatología se inicia generalmente a los pocos minutos de iniciada la transfusión con calor y dolor local en zonal de infusión, disnea, lumbalgia, sensación febril y calofríos, náuseas y en ocasiones vómitos.

Reacción Hemolítica Aguda por Otra Causa: Reacción caracterizada por ictericia e hemoglobinuria, pero como el mecanismo no es inmunológico en general es bien tolerada y con medidas generales se recupera sin dejar secuelas. La hemólisis térmica generada al calentar inadecuadamente unidades de glóbulos rojos genera destrucción ex vivo de ellos y entonces se administra una unidad ya hemolizada. Es fundamental conocer el antecedente de cómo se maneja la unidad previo a la instalación.

Sobrecarga Circulatoria: Reacción que se manifiesta por aumento PVC, disnea y tos. Puede darse en pacientes con Insuficiencia Renal o Cardiaca y dificultad en manejar un gran volumen en corto período de tiempo. Por ello la recomendación de transfusión lenta en estos pacientes. Idealmente 1 Unidad al día en 3 a 4 horas.

Reacción Hemolítica Tardía: Se define como aquélla en la cual la hemólisis se produce entre 3 y 13 días post-transfusión. Se explica por el desarrollo de una respuesta inmune secundaria a antígenos eritrocitarios.

Septicemia: Reacción que se manifiesta con fiebre, escalofrío, dolor abdominal, vómito y diarrea. Sepsis bacteriana por gérmenes gramnegativos: coliformes y Pseudomonas, que pueden crecer a 4 C e inadvertidamente contaminar el componente sanguíneo.

TRALI (Transfusion-Related Acute Lung Injury): Cuadro clínico que consiste en insuficiencia respiratoria aguda durante las seis horas siguientes a una transfusión; se acompaña de infiltrados pulmonares, secreción bronquial e hipoxia y se atribuye a anticuerpos anti leucocitos y a lípidos en el plasma almacenado; su incidencia es de 1 entre 7900 transfusiones de plasma, con una mortalidad de 6 a 10 %.

Otras: Cuadro clínico presentado que no coincide con las reacciones post-tranfusionales anteriormente citadas.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar el número de reacciones transfusionales por acto transfusional, según tipo de componente sanguíneo y tipo de reacción adversa.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfunsional.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A.26: Actividades en Domicilio y Otros Espacios

Actividad, visita domiciliaria integral: Relación establecida entre uno o más integrantes de la familia y uno o más miembros del equipo de salud, en el lugar de residencia de la misma, motivada por un problema de salud individual (caso índice) o familiar.

Secciones del REM-A.26

Sección A: **Visitas domiciliarias integrales a familias (Establecimientos APS)**

Sección B: **Otras visitas integrales**

Sección C: **Visitas con fines de tratamientos y/o procedimientos en domicilio**

Sección D: **Rescate de pacientes inasistentes**

Sección E: **Otras visitas Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria**

Sección F: **Apoyo telefónico del Programa de Acompañamiento Psicosoacial en APS**

Definiciones Conceptuales y Operacionales Secciones del REM-A.26

Visita Domiciliaria Integral (VDI): Actividad que puede ser solicitada por la familia o sugerida por el equipo, con la finalidad de: identificar elementos del entorno o de la dinámica familiar o realizar intervenciones, todas ellas como parte de un plan de accion. Con el fin de mejorar la pertinencia yla efectividad de las acciones en salud. Incluye el hogar y/o lugar de residencia, por lo tanto se considera el lugar de residencia de las personas en situación de institucionalización (Hogares). NO incluye lugar de trabajo, escuela y organizaciones comunitarias del territorio.

Sección A: Visitas domiciliarias integrales a familias (Establecimientos APS)

Definiciones conceptuales:

"Una estrategia de entrega de servicios de salud Integral con foco promocional y preventivo (prevención primaria, secundaria y terciaria) realizada en el domicilio, dirigida a las personas y sus familias en riesgo biopsicosocial , basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y la familia para favorecer el desarrollo biopsicosocial saludable. Incluye la promoción de mejores condiciones biológicas ambientales y relacionales, se inserta en un el marco de un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera. ,con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son expuestos a la familia durante el proceso de atención, y son construidos entre el equipo de salud y la familia y/o cuidadores y realizados por profesionales y/o técnicos con las competencias requeridas"

Definiciones operacionales:

Se registra el número de VDI realizadas a las familias, según los diversos conceptos que representan el caso indice que motiva la visita a la familia. Se debe registrar la visita integral que realizó el equipo de salud de acuerdo al caso indice, aunque se hayan detectado y revisado otras situaciones de riesgo en la misma visita. Por esta razón se debe priorizar una sola dimensión para su registro (lo que no significa que no se intervengan otros aspectos).

Se entiende que la visita realizada por el equipo de APS, debe ser registrada como una visita a la la familia, independiente de cuantos profesionales asistan al domicilio.

Esta actividad debe ser acordada con la familia.

En "Visitas Domiciliarias Integrales" se registra la actividad realizada por un profesional, dos o más profesionales, un profesional y Técnico Paramédico, con facilitador/a intercultural.

Se pueden distinguir dos tipos de visita en relación al momento y objetivo de ella:

a) **Visita Domiciliaria Integral de Primer Contacto.**

Es aquella visita a la familia que se realiza por primera vez en el domicilio, considerando la situación particular de riesgo que la motivó. Se realiza fundamentalmente para establecer el primer contacto, fortalecer el vínculo con la familia, completar el diagnóstico (estudio de familia, idealmente comenzado en el establecimiento) y planificar las siguientes intervenciones, junto con la familia.

b) **Visita Domiciliaria Integral de Seguimiento**

Son aquellas visitas posteriores a la primera visita, que son parte de un plan de intervención familiar, en donde se considera a la VDI como parte de la estrategia para dar respuesta a este plan. A pesar que en estos momentos la gran mayoría de las familias, son visitadas en una oportunidad, se espera que se considere, la realización de una serie VDI, sobre todo en aquellas situaciones de riesgo, que están priorizadas en las directrices técnicas y en donde hay evidencia, que hay impacto favorable al realizarlas.

Nuevamente se debe considerar el registro en relación a la causa que motivó la visita de primer contacto y que posteriormente origina las de seguimiento.

En la columna de "Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa" se debe registrar el número de visitas efectuadas por este programa, y éstas atenciones deben estar incorporadas en las columnas de: Un profesional, dos o más profesionales o un profesional y un Técnico Paramédico con facilitador/a intercultural/ agente comunitario. Además, se deben considerar del total de las visitas integrales realizadas, cuantas fueron de primer contacto y cuantas fueron de seguimiento.

Todas las VDI de Salud en el contexto del Programa de Salud Mental en la APS se deben registrar en la fila de Familia con integrante con problema de Salud Mental.

En la columna "Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS" se debe registrar aquellas visitas, que se realizan en el marco del Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS. Estos usuarios presentan un riesgo psicosocial asociado a dificultades de adherencia al Centro de Salud, y son beneficiarios del Sistema Público de Salud. Incluye usuarios con distintos riesgos psicosociales. Se debe registrar el número total de visitas domiciliarias que se realizan con los usuarios que se encuentran ingresados al Programa.

Regla de consistencia :

R.1: Las VDI registradas en la columna "Programa de Atención Domiciiaria a personas con Dependencia Severa", y en la columna "Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS", deben ser desagregadas en las columnas según profesional que realiza la acción.

R.2: El facilitador intercultural/agente comunitario debe realizar las VDI en compañía de un profesional, por lo tanto su participación no se considera en la sumatoria del total.

R.3: En el caso de no realizar VDI a personas pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, el registro debe ser llenado con valor 0.

Sección B: Otras Visitas Integrales

Definiciones conceptuales :

Corresponde a un conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza fuera del domicilio, en lugares de trabajo, colegios, salas cunas o jardines infantiles, para atender requerimientos de tipo preventivo y que los realiza uno o más miembros del equipo de salud del establecimiento del nivel primario o secundario. Una excepción de ello son los niños(as) o personas institucionalizadas, ya que la institución donde viven, se considera su domicilio.

Visita Integral de Salud Mental (del nivel secundario): Actividad que se realiza en terreno por integrantes del equipo de especialistas en salud mental y psiquiatría, a personas en las que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar trastorno mental y a personas con diagnóstico de un trastorno mental.

Incluye :

- Visitas a domicilio (nivel secundario)
- A lugar de trabajo
- A establecimientos educacionales.

Visitas en sector rural y otras, pueden ser realizadas por equipos de APS como de Nivel Secundario.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar el número de visitas integrales contenidas en otros conceptos y lugares de visita, como lo son lugares de trabajo, jardines infantiles, etc.

Las Visitas Integrales de Salud Mental: Se deben registrar las visitas realizadas a personas en las que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar trastorno mental y a personas con diagnóstico de un trastorno mental, que pertenecen al Programa de Salud Mental. Sólo registra el nivel de especialidad o Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM).

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C: Visitas con fines tratamientos y/o procedimientos en domicilio

Definiciones conceptuales:

La atención entregada por profesionales del equipo de salud a un integrante de la familia en su propio hogar, con el fin de brindar apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación; está centrada en el proceso de enfermedad e incluye el cuidado paliativo de alivio del dolor, actividad que se desarrolla actualmente en la atención primaria, así como la atención a postrados.

Es decir, cualquier actividad que pudiendo haberse realizado en el establecimiento se realiza en el domicilio por problemas de acceso o postración (sección C del REM).

Corresponde a un conjunto de acciones con fines de tratamiento y/o procedimientos, que se realiza en el domicilio, para atender los problemas de salud de las personas que se encuentran en situación de dependencia leve, dependencia moderada, dependencia severa u otros, con dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, entendiendo que el nivel de complejidad de los problemas a resolver no requiere la hospitalización ni la institucionalización del sujeto y que cuenta con una red de apoyo.

Visita de seguimiento a personas con Discapacidad Severa: Esta actividad se refiere a las visitas de seguimiento para constatar el plan de cuidados (entregados por el cuidador) que reciben los pacientes que están en el programa, las cuales deberán ser realizadas por algún integrante del equipo de salud tratante del paciente.

Atención Odontológica en domicilio: Corresponde a la atención que se entrega en el domicilio a pacientes en situación de discapacidad con patologías tales como: Asperger, síndrome de Down, autismo, parálisis cerebral, entre otras.

Atención Farmacéutica en domicilio: Es la atención profesional otorgada por el Químico Farmacéutico, en el domicilio del paciente, de cualquier nivel de atención. Esta actividad incluye seguimiento farmacoterapéutico, detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM), consejería, determinación de plan de acción sistematizado y documentado con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y obtener resultados precisos que mejoren o mantengan la calidad de vida del paciente. Se pueden incluir también, rescate de pacientes inasistentes a retiro de medicamentos o citas.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registra el número de procedimientos realizados según profesional o Técnico Paramédico. Se deben considerar las atenciones en domicilio destinadas a realizar tratamientos terapéuticos, aun cuando en ellas se efectúen acciones preventivas y de consejería. Se registraran cada vez que se realicen.

En la fila “Otros”, se registraran los tratamientos y/o Procedimientos en Domicilio, a personas que no tienen la condición de postrados, ejemplo: Alta Hospitalaria Precoz, Oxigenoterapia, pacientes terminales (no postrados) u otros. Aplicación y evolución del desarrollo en el domicilio, evaluación antropométrica u otros.

En la fila Atención Odontológica en Domicilio se registra las visitas con fines de tratamiento y/o procedimiento efectuada por profesional odontológo a las personas que se encuentran en situación de discapacidad. En el

caso que la atención otorgada se de a una persona beneficiaria del Programa de Atención Domiciliaria a personas con Dependencia Severa, la visita también debe ser registrada en la útima columna.

En la columna "Programa de Atención domiciliaria a personas con dependencia Severa" se debe registrar aquellas visitas con fines de tratamiento, en que el paciente sea beneficiario del programa porque presentan una discapacidad severa y/o deterioro crónico de su estado de salud, y son beneficiarios* del Sistema Público de Salud. Estas visitas deben estar incorporadas en las columnas Profesional o Técnico Paramédico.

Regla de consistencia :

R.1: El total de visitas corresponde a la suma de las visitas realizadas por profesional y Técnico Paramédico, si en una misma visita va más de un integrante del equipo de salud se registra solo una vez ya sea por profesional o Tecnico Paramédico.

Sección D: Rescate de pacientes inasistentes

Definiciones conceptuales :

En esta sección se registra la actividad que se realiza para reincorporar a los pacientes que han permanecido inasistentes en los diferentes programas de control que el establecimiento desarrolla.

Respecto a la población infantil (0 a 9 años), se considera un niño o niña inasistente a control de salud infantil a aquellos que no acudieron a su último control sano en la fecha que estaban citados y que se encuentran en los plazos máximos de inasistencia según edad.

Definiciones operacionales :

Rescate en domicilio: En estas columnas se debe registrar el número de rescates de pacientes en en terreno que realiza el funcionario Técnico Paramédico, administrativo u otro.

Rescate telefónico: Se debe registrar el rescate realizado a través de llamada telefónica efectiva, desde el establecimientos, o bien si es realizado por empresa contratada a través de la modalidad de compra de servicio.

Las actividades que son resueltas mediante compra de servicio, no deben ser incluidas como producción del establecimiento.

Reglas de consistencia :

R.1: El total corresponde a la suma de los rescates en domicilio y rescates telefonicos, excluyendo en ambos casos la compra de servicio.

Sección E: Otras visitas Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS

Definiciones conceptuales:

El programa considera la realización de otras visitas, previo consentimiento de las personas y/o sus cuidadores, estas visitas se orientan principalmente en espacios laborales y educacionales. Son consideradas como una acción que contribuye a asegurar los objetivos vincular o re-vincular a la persona con alto riesgo psicosocial a las acciones de salud, en particular con la APS y la red de salud en general, como también articularse con otros sectores como educación, entre otros.

Definiciones operacionales:

Establecimiento educacional: Se debe registrar la visita que el equipo de salud realiza el establecimiento educacional del cual forma parte el usuario ingresado a programa. Sólo deben registrarse las visitas que son realizadas en el marco del programa, señalando el número total de visitas. Se contempla para la actividad un tiempo de duración de 90 minutos por cada usuario, incluyendo los traslados.

A lugar de trabajo: Se debe registrar la visita que el equipo de salud realiza al lugar de trabajo, ya sea del usuario o sus padres/cuidadores. Sólo deben registrarse las visitas que son realizadas en el marco del programa, señalando el número total de visitas. Se contempla para la actividad un tiempo de duración de 90 minutos por cada usuario, incluyendo los traslados.

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F: Apoyo telefónico del Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS

Definiciones conceptuales:

El programa considera para cumplir con la función de acompañamiento la realización de otras actividades como el acompañamiento telefónico, ésta se realiza con el consentimiento de la persona, o sus cuidadores si corresponde.

Definiciones operacionales:

Se refiere al registro de las llamadas telefónicas o envío de mensajería que se realiza en el marco del Programa de Acompañamiento Psicosocial. Se contempla una llamada de aproximadamente 10 minutos de duración, o el mismo tiempo de duración de la mensajería. Se requiere que este contacto telefónico se enmarque dentro del acompañamiento psicosocial y no sea solo una actividad de rescate telefónico.

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A.27: Educación para la Salud

La Promoción de Salud, es una piedra angular de la APS y una función esencial de salud pública; el fundamento de su desarrollo se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, dándose un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico. Por lo tanto, es la estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando aspectos sociales, culturales, ambientales, etc., tanto para el individuo mismo, como para toda la sociedad.[17]

Secciones REM-A.27

Sección A: **Personas que ingresan a educación grupal, según áreas temáticas y edad.**

Sección B: **Actividades de educación para la salud, según personal que las realiza (sesiones).**

Sección C: **Actividad física grupal para Programa Salud Cardiovascular (sesiones).**

Sección D: **Educación grupal a gestantes de Alto Riesgo Obstétrico (Nivel Secundario)**

Sección E: **Talleres Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"**

Sección F: **Talleres Programa Vida Sana**

Sección G: **Intervenciones por patrón de consumo alcohol y otras sustancias (Programa DIR ex Programa Vida Sana y otros)**

[17] Orientaciones para planes comunales de promoción de la salud, MINSAL, 2014.

Definiciones Conceptuales y Operacionales Secciones Del REM-A.27

La promoción de la salud se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud.[18]

Sección A: Personas que ingresan a educación grupal, según áreas temáticas y edad

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a educación grupal para comenzar con un proceso programado de interacción con fines educativos, desagregado en las distintas áreas temáticas de prevención enfocados a madres, padres o cuidadores menores de 9 años, adolescentes, adultos y adultos mayores. También se incluyen otros grupos dede riego como las gestantes, gestantes de alto riesgo obstétrico, y familias con vulnerabilidad.

La educación grupal está enfocada principalmente en el Programa Chile Crece Contigo, IRA-ERA, Dental, Alcohol y Drogas, Salud mental, violencia entre otros.

Los talleres de prevención de salud mental incluyen las siguientes temáticas para el registro:

- Prevención De Salud Mental: Prevención Suicidio
- Prevención De Salud Mental: Prevención Trastorno Mental
- Prevención Alcohol Y Drogas

Para el programa de salud mental es necesario señalar la diferencia entre promoción y prevención:

- Promoción de salud mental: Taller de promoción de la salud mental que debe fomentar la adquisición de habilidades y competencias sociales para el autocuidado, y generación de estilos de vida saludable, puede incluir temáticas de desarrollo de la autoestima, autoeficacia, relaciones positivas, autonomía, auto aceptación, propósito en la vida o proyectos de vida, o salud mental positiva.

- Prevención de salud mental: Talleres preventivos orientados a evitar la aparición de un problema de salud mental. Se pueden realizar talleres de contenidos diversos como prevención del consumo y abuso de alcohol, del maltrato infantil, del suicidio, manejo del estrés y resolución de conflictos, entre otros.

Uso racional de medicamentos[19]: Actividades grupales realizadas por el químico farmacéutico, con el fin de entregar información y educación a pacientes y cuidadores sobre los medicamentos, además de estimular la participación comunitaria y promover la responsabilidad del individuo en el uso racional de medicamentos.

[18] Documento Definiciones Promoción de Salud, MINSAL 2016

[19] Uso Racional De Medicamentos: Una Tarea De Todos Contenidos E Información Del Uso Racional De Medicamentos Para El Personal Técnico De Salud. Ministerio De Salud De Chile. 2010

Definiciones operacionales :

"Personas que ingresan a Educación Grupal", el dato a consignar es el número de personas que ingresan a Educación Grupal, según áreas temáticas de prevención y por grupos de edad.

Es importantes destacar que en la columna de Gestantes (APS y Maternidad), Gestantes Alto Riesgo Obstétrico, Mujeres en edades de Climaterio 45 a 64 años y Familias en Riesgo, ya se encuentran consignadas en el Total, porque estos datos se registran según el área temática por la edad respectiva.

Nota de Situación Especial:

- Promoción de salud mental: Se registran el número de usuarios que participaron, y una vez terminado el taller se registran y no al cierre de cada sesión.

- Prevención salud mental: Se registran el número de usuarios que participaron, y una vez terminado el taller se registran y no al cierre de cada sesión.

Regla de consistencia :

R.1: En el caso de madre, padre o cuidador, el registro debe ser según la edad del menor, y no desagregar por la edad de ellos.

Sección B: Actividades de educación para la salud, según personal que las realiza (sesiones)

Definiciones conceptuales :

Actividades preventivas de estilos de vida saludables que ayuden a mantener y/o retardar procesos crónicos, como también actividades de prevención secundaria realizadas en grupo.

Definiciones operacionales :

Se registra el número sesiones educativas según sea un profesional o equipo de salud que las realiza, desagregadas por áreas temáticas.

Regla de consistencia :

R.1: Cuando la actividad es realizada por dos o más profesionales o acompañados por Técnico Paramédico en forma simultánea, se registra la actividad, en la columna que corresponda y si se requiere dISPoner registros del tiempo utilizado por estas personas se debe mantener para uso interno del establecimiento, las horas ocupadas individualmente.

Sección C: Actividad física grupal para Programa Salud Cardiovascular (sesiones)

Definiciones conceptuales:

La actividad física grupal para el Programa de Salud Cardiovascular, comprende las sesiones realizadas por los distintos profesionales preparados para tales actividades, y han sido desagregadas por grupos etarios de los participantes del programa.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de sesiones de actividad física según profesional que las realiza, por tramos de edad de los participantes. En el caso que se realice está actividad grupal con distintos tramos de edades, se debe considerar el tramo etario que predomine al grupo para el registro de la sesión.

Regla de consistencia :

R.1: Cuando la actividad es conducida por dos o más profesionales en forma simultánea, se registra una sola actividad, consignándola al profesional principal, para el resto de los participantes de la actividad se puede registrar, para uso interno del establecimiento, las horas ocupadas.

Sección D: Educación grupal a gestantes de Alto Riesgo Obstétrico (Nivel Secundario)

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la educación para gestantes con distintos factores de riesgo obstétrico perinatal, enfocado en el cuidado de patologías que afectan su periodo de gestación, atenciones y cuidados para la preparación del parto, y taller de educación prenatal.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar el número total de sesiones en educación grupal que se realizan a las gestantes que se encuentran en control de Alto Riesgo Obstétrico en el nivel secundario, en los temas de autocuidado según sus patologías, en la preparación para el parto y en los talleres programados para la educación prenatal.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Talleres Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"

Definiciones conceptuales :

Sesión de taller: Corresponde a la reunión grupal entre los adultos mayores participantes del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" y la dupla profesional, para el desarrollo de las actividades propias al proceso de estimulación funcional de los adultos mayores de acuerdo a cada taller, con una duración entre 45 y 60 minutos.

Estimulación de Funciones Motoras y Prevención De Caídas: Ciclo de actividades específicas, planificadas y realizadas en forma participativa y graduada, guiadas por la dupla profesional del Programa, orientadas a la estimulación de funciones motoras y prevención de caídas de los adultos mayores participantes beneficiarios del programa, de acuerdo a los contenidos entregados en el Programa Más "Adultos Mayores Autovalentes" y en la Orientación Técnica.

Estimulación de Funciones Cognitiva: Ciclo de actividades específicas, planificadas y realizadas en forma participativa y graduada, guiadas por la dupla profesional del Programa, orientadas a la estimulación de funciones cognitivas de los adultos mayores participantes beneficiarios del programa, de acuerdo a los contenidos entregados en el Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" y en la Orientación Técnica.

Autocuidado y Estilos de Vida Saludable: Ciclo de actividades específicas, planificadas y realizadas en forma participativa y graduada, guiadas por la dupla profesional del programa, orientadas al autocuidado y estilos de vida saludable de los adultos mayores participantes beneficiarios del programa, de acuerdo a los contenidos entregados en el Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" y en la Orientación Técnica.

Participantes: Corresponde a los adultos mayores que integran el Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes", que asisten a cada sesión.

Definiciones operacionales :

En Sesión de Taller corresponde registrar el número total de sesiones realizadas por taller efectuadas durante el período a informar.

En Participantes corresponde registrar el número total de adultos mayores que han asistido a los talleres, durante el mes informado.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F: Talleres Programa Vida Sana

Definiciones conceptuales:

Talleres de Vida Sana actividad física: La actividad física grupal para el Programa "Vida Sana Prevención de Factores de Riesgo de Enfermedades No Trasmisibles", comprende las sesiones realizadas por los distintos profesionales preparados para tales actividades.

Sesión de taller: Son las sesiones por cada taller ya sea Vida Sana Actividad Física o Dupla Nutricionista-Psicólogo.

Participantes: Corresponde a los usuarios que integran el programa Vida Sana, que asisten a cada sesión.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de sesiones de actividad física según profesional que las realiza. También se debe registrar el número total de participantes que asiste a cada una de ellas.

Para los tallleres realizados por la dupla Nutricionista-Psicólogo se registra el número total de sesiones de educación grupal que se realizan a los usuarios del Programa Vida Sana Prevención de Factores de Riesgo de Enfermedades No Trasmisibles.

Reglas de consistencia:

R.1: Cuando una actividad es conducida por dos o más profesionales en forma simultánea, se registra una sola actividad, consignándola al profesional principal.

Sección G: Intervenciones por patrón de consumo alcohol y otras sustancias (Programa DIR ex Programa Vida Sana Alcohol)

Definiciones conceptuales:

La intervención individual por patrón de consumo se realiza a las personas que son detectadas con riesgo o problema de consumo de alcohol y/o otras sustancias. El riesgo se clasifica en bajo, intermedio o alto riesgo. La detección del nivel de riesgo se descubre mediante la aplicación de instrumentos (AUDIT, ASSIST, CRAFFT)que realiza el profesional en cualquier atención de salud (EMP, EMPAM, entre otros).

Las intervenciones establecidas por el programa se realizadan de acuerdo al nivel de riesgo arrojado en la aplicación del tamizaje, las cuales se dividen en tres grupos:

Intervención Mínima (bajo riesgo): Dirigida a los consultantes clasificados como Bajo Riesgo de consumo, de acuerdo a evaluación AUDIT-C/AUDIT o CRAFFT o ASSIST. La intervención mínima consiste en reforzar el no consumo o el consumo de bajo riesgo del consultante. Esta intervención debe ser realizada en el mismo momento de la evaluación realizada por el funcionario de salud.

Intervención Breve (riesgo o riesgo intermedio): Dirigida a los consultantes clasificados con Consumo de Riesgo, de acuerdo a evaluación AUDIT, o CRAFFT o ASSIST. La "intervención breve" consiste en una intervención motivacional con el objeto de reducir el consumo de riesgo, determinación de metas para reducir el consumo, y, dISPosición de estrategias breves y acotadas de gestión del cambio, con el objetivo de disminuir consumos de riesgo o, en algunos casos, apoyar el cese del consumo. Debe ser realizada en el mismo momento de la evaluación realizada por el funcionario de salud.

Intervención de Referencia Asistida (perjudicial o dependencia, o alto riesgo, o tratamiento más intensivo): Dirigida a los consultantes clasificados con posible consumo problema o dependencia, de acuerdo a evaluación AUDIT, o CRAFFT, o ASSIST.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registran el número de intervenciones individuales realizadas en el periodo a personas que se les aplicó tamizaje para la detección del consumo de alcohol y otras sustancias.

Las intervenciones deben ser registradas según tipo de intervención (mínima, breve o de referencia asistida), según clasificación de riesgo por patrón de consumo, desagregada por edad y sexo de las personas que recibieron la intervención.

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A28: Programa de Rehabilitación Integral

El desarrollo del modelo de rehabilitación integral en las redes de salud pública , bajo un enfoque biosicosocial, tiene como objetivo responder a las necesidades de rehabilitación de los beneficiarios de nuestro sistema, dando cuenta de las diversidad y especificidad de los requerimientos de estos en los distintos nodos de la red, mejorando la eficiencia de las prestaciones de salud y entregando una mejor calidad de vida a nuestros usuarios.[20]

Secciones del REM-A28

Sección A: Nivel Primario

Sección A.1: Ingresos y egresos al Programa de Rehabilitación Integral

Sección A.2: Ingresos por condición de salud

Sección A.3: Evaluación inicial

Sección A.4: Evaluación intermedia

Sección A.5: Sesiones de Rehabilitación

Sección A.6: Procedimientos y actividades

Sección A.7: Consejería individual agendada

Sección A.8: Consejería familiar agendada

Sección A.9: Visitas domiciliarias integrales

Sección A.10: Número de personas que ingresan y número de sesiones de educación grupal

Sección A.11: Personas que logran participación en comunidad

Sección A.12: Actividades y participación

[20] Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en APS 2010 -2014, MINSAL 2010.

Sección B: Nivel Hospitalario

Sección B.1: Ingresos y egresos al Programa de Rehabilitación Integral

Sección B.2: Evaluación incial

Sección B.3: Evaluacion intermedia

Sección B.4: Sesiones de rehabilitación

Sección B.5: Derivaciones y continuidad en los cuidados

Sección B.6: Procedimientos y otras actividades

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A28

Generalidades: Todas las actividades de rehabilitación que realicen los profesionales de habilitación y rehabilitación, deben ser registradas en este REM. (Salas de RBC, Salas RI, Equipos Rurales, Hospitales Comunitario). Incluye los establecimientos que no cuentan específicamente con sala de rehabilitación, aquellos establecimientos que cuentan solo con kinesiólogo registran como RI, aquellos que cuentan con kinesiólogo y terapeuta ocupacional registran como RBC. En otros registran la estrategia GES Artrosis y estrategias locales que abordan problemas diferentes a los establecidos en el Programa.

Las estrategias establecidas por el Programa son:

Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC): corresponde a salas de rehabilitación que cuentan con un Kinesiólogo y un Terapeuta Ocupacional en jornada completa (44hrs.)

Rehabilitación Integral (RI): corresponde a salas de rehabilitación que cuentan sólo con Kinesiólogo en jornada de 33 hrs.

Rehabilitación Rural (RR): esta estrategia contempla Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional en jornada completa (44hrs.) desplazándose en forma conjunta por las comunas rurales.

Otros: corresponde a atenciones realizadas en el marco de GES Artrosis, estrategias locales que abordan problemas diferentes a los establecidos en el programa.

Sección A: Nivel Primario

Sección A.1: Ingresos y Egresos al Programa de Rehabilitación Integral

Definiciones conceptuales :

El modelo de rehabilitación integral a nivel de los centros de atención primaria y de los hospitales comunitarios de salud familiar considera tres líneas de desarrollo que se diferencian en las competencias instaladas, todas enmarcadas en una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad. [21]

Ingresos: Corresponde a la incorporación de una persona con discapacidad que ingresa al Programa de Rehabilitación para ser intervenida por el equipo. Una persona representa un solo ingreso, aunque sea intervenido por más de un profesional.

Los ingresos se clasifican bajo los siguientes conceptos:

Ingresos con Plan de Tratamiento Integral (PTI): Corresponde a la incorporación de una persona con discapacidad permanente o transitoria al Programa que cuenta con Plan de Tratamiento Integral. El plan contiene objetivos terapéuticos compartidos por el profesional y/o el equipo de rehabilitación y ha sido elaborado en conjunto con el usuario y/o su familia. EL PTI es uno solo por persona, pudiendo tener objetivos de diferentes ámbitos, funcionales, laborales, etc.

Ingresos con Plan de Tratamiento Integral (PTI) Con Objetivos para el Trabajo: Persona que cuenta con objetivos de habilitación y rehabilitación para el trabajo contenidos en su PTI.

Ingresos de Usuarios con Cuidador: Esta información registra el número de personas que ingresan al programa y que cuentan con cuidador por su grado de dependencia (requiere de apoyo para realizar una o más actividades de la vida diaria).

Ingresos ACV Referidos desde Hospital: Corresponde a la incorporación de una persona al Programa, que ha sido derivada desde el hospital a rehabilitación después de haber sufrido un ataque cerebro vascular. (ACV).

Ingresos Amputados Pie Diabético: Corresponde a las personas que ingresan a tratamiento de rehabilitación y prevención por esta causa.

Reingresos al Programa: Una misma persona puede reingresar una o más veces en el año, si a la evaluación presenta una condición para la ejecución de un nuevo Plan de Tratamiento Integral (PTI).

[21] Orientaciones metodológicas para el desarrollo de las estrategias de rehabilitación en APS 2010 -2014, MINSAL 2010.

Ingresos con plan de tratamiento integral del Cuidador (PTI): Corresponde al ingreso del cuidador con Plan de Tratamiento Integral (PTI), cuyos objetivos terapéuticos están destinados a la intervención de éste, manejo de problemas osteomusculares, dolor, cuidado postural, derivación a otros profesionales, etcétera. Cuando la intervención tiene por objetivo entregar herramientas para el cuidado se registra como prestación a la persona a la cual cuida.

Egresos: Corresponde al total de personas que dejan de controlarse en el Programa de Rehabilitación Integral.

Los egresos se clasifican bajo los siguientes conceptos:

Egresos por Alta: Corresponde al egreso cuando se han cumplido los objetivos terapéuticos del PTI, o requiere ser derivado a otro nivel de la red.

Egresos por Abandono: Se considera egreso por abandono cuando la persona manifiesta su voluntad de abandonar la terapia, o cuando falta 3 o más veces sin avisar

Egresos por Fallecimiento: Cuando la persona fallece.

Egresos con Perfil Pre Laboral: Corresponde al egreso de una persona que logra objetivos de habilitación y rehabilitación para el trabajo, traduciéndose en un perfil pre-laboral (documento donde se registran todos los recursos adquiridos por la persona durante el proceso de rehabilitación).

Otros: Corresponde a cualquier otra causa, traslado de domicilio, hospitalización prolongada por otra causa, etc.

Egresos con PTI Cuidador: Egreso de cuidador con objetivos terapéuticos cumplidos.

Definiciones operacionales :

INGRESOS

Ingresos: Corresponde registrar el número de personas que ingresan al programa independiente del número de patologías que padezca.

Ingresos con Plan de Tratamiento Integral: Corresponde registrar al número de personas que han sido ingresadas al programa que cuentan con Plan de Tratamiento Integral, desagregada por grupo de edad y sexo. Este registro debe estar contenido en en el total de Ingresos (fila 13).

Ingresos con Plan de Tratamiento Integral con objetivos para el trabajo: Corresponde al número de persona con discapacidad que han sido ingresadas al programa, incluye en su Plan Tratamiento Integral objetivos de habilitación y rehabilitación para el trabajo, desagregadas por grupo de edad y sexo. Este registro debe estar contenido en el total de Ingresos con Plan de Tratamiento Integral.

Ingresos con Cuidador: Corresponde al número de personas en situación de discapacidad que ingresan al Programa y que ya tiene un cuidador, desagregadas por grupo de edad y sexo. Este registro debe estar contenido en en el total de Ingresos (fila 13).

Ingresos ACV referidos desde hospital: Corresponde registrar al número de pacientes que han sufrido un ataque cerebro vascular y que han egresado desde un establecimiento hospitalario. Estas personas están en condiciones de recibir actividades de rehabilitación en el nivel primario.

Total de Reingresos: Corresponde registrar la reincorporación al programa de rehabilitación de aquellas personas que ya habían sido ingresadas durante el período. Este reingreso significa la elaboración de un nuevo PTI.

En esta sección corresponde registrar los ingresos del programa, según tipo de ingreso, por edades y estrategia asociada al programa: Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), Rehabilitación Integral (RI), Rehabilitación Rural (RR) y Otros.

En la columna Otros, corresponde registrar los ingresos de las intervenciones GES Artrosisque no están asociados a las estrategias establecidas por el Programa.

EGRESOS

Egresos: Corresponde al total de personas por grupos etarios y estrategias que dejan de controlarse en el Programa de Rehabilitación Física. Estos pueden ser por: alta por cumplimiento de objetivos terapéuticos, abandono y fallecimiento.

Egreso por alta: Corresponde al número de personas que ha totalizado su plan de tratamiento, cumpliendo con los objetivos terapéuticos.

Egreso por abandono: Corresponde al número de personas que han permanecido inasistente a 3 o más sesiones de tratamiento.

En esta sección corresponde registrar los egresos del programa, según tipo de egreso, por edades y estrategia asociada al Programa: Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), Rehabilitación Integral (RI), Rehabilitación Rural (RR) y Otros

En la columna Otros, corresponde registrar los egresos de las intervenciones GES Artrosis que no están asociados a las estrategias establecidas por el programa.

Regla de consistencia :

R.1: El total de ingresos son todos los pacientes que ingresan a este programa, independiente si tienen o no una de las caracteristicas de los tipos de ingreso.

R.2: El total de egresos corresponde a la sumatoria de los egresos por alta, abandono, fallecimiento y otras causas.

Sección A.2: Ingreso por condición de salud

Definiciones conceptuales :

Ingreso: Corresponde a la incorporación de una persona al Programa de Rehabiltitación para ser intervenida.

Condición Física: La discapacidad física se ha reagrupado en las siguientes condiciones de salud:

- Síndrome doloroso de origen traumático
- Síndrome doloroso de origen no traumático
- Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera
- Secuela de ACV
- Secuelas de TEC
- Secuela TRM
- Secuela quemadura
- Enfermedad de Parkinson
- Déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años congénito
- Déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años adquirido
- Otros deficit secundario con compromiso neuromuscular en mayor de 20 años
- Amputados por Pie Diabético
- Otros, todos los diagnósticos que no están incluidos más arriba

Condición sencorial visual:

- Congénito
- Aquirido
- Otros

Condición sensorial auditivo:

- Congénito
- Aquirido
- Otros

Otras condiciones:

- Cuidadores: se registran aquellos cuidadores que son intervenidos por condiciones propias y que cuentan con PTI del cuidador.

Otras condiciones cuidador: Corresponde la incorporación del cuidador a tratamiento (A estos cuidadores se les debe hacer Plan Tratamiento Integral, registrado en celda B20).

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde registrar el número del ingresos según condición de salud: Condición física, condición sensorial visual, condición sensorial auditivo, otras condiciones. Una persona puede ingresar por una o más condiciones de salud a tratamiento. Se registra por condición de salud y estrategias Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), Rehabilitación Integral (RI), Rehabilitación Rural (RR) y otros.

Los ingresos por condición de salud, se separan por estrategias RBC (corresponde a un Kinesiólogo y un Terapeuta Ocupacional 44hrs. cada uno), RI (Kinesiólogo 33 hrs.), RR (corresponde a un Kinesiólogo y un Terapeuta Ocupacional 44hrs. cada uno que se desplazan en conjunto por las comunas rurales) y otros. Se registran los egresos por condición de salud.

Otros: Se ingresa cualquier diagnóstico que no esté contenido en las definiciones establecidas anteriormente.

Regla de consistencia :

R.1: El número de ingresos al Programa de la fila 31 debe ser igual al número de ingresos de la sección A.1 (fila 13).

Sección A.3: Evaluación inicial

Definiciones conceptuales :

Evaluación inicial realizada por Médico, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, Fonoaudiólogo y/o Psicólogo, destinada a contar con el diagnóstico funcional para construir el Plan de Tratamiento Integral (PTI).

La evaluación puede considerar: Actividades de la vida diaria; laboral/educacional; situación emocional y cognitiva, además de programar acciones terapéuticas, de acuerdo a la persona en situación de discapacidad, su familia y/o cuidador y la evaluación o calificación de discapacidad, (aplicación de IVADEC-CIF).

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde registrar las evaluaciones iniciales de Rehabilitación realizadas por cada profesional, donde se aplican varias pautas de evaluación funcional, cognitiva y de discapacidad, el IVADEC-CIF (REM-A03, sección D2), a partir de ellas, se define el ingreso al programa y se construye el Plan de tratamiento integral (PTI). Esta información se encuentra desagragada por grupo etario, sexo, estrategias y beneficiarios.

El número de evaluaciones iniciales pueden ser mayor o iguales que el número de ingresos, dado que cada profesional puede realizar más de una evaluación.

Regla de consistencia :

R.1: Estas consultas no deben ser incluidas en el REM-04, sección B.

Sección A.4: Evaluación intermedia

Definiciones conceptuales :

Es la evaluación realizada por Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo o Psicólogo, en el intermedio del proceso de rehabilitación, en la que se evalúa el impacto en el tiempo de las acciones terapéuticas programadas y, eventualmente, se define, en conjunto con la persona con discapacidad, la familia /o cuidador, ajustes en lo planificado, para obtener los objetivos terapéuticos esperados. Esto puede implicar un ajuste en el PTI, o una derivación a otro punto de la red.

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde regsitrar el número de evaluaciones intermedias realizados cada uno de los profesionales.

Una evaluación intermedia, puede implicar más de una sesión, ambas se registran como evaluación intermedia. No deben ser incluidas en la sección A.5, pues éstas corresponden al proceso de tratamiento.

Regla de consistencia :

R.1: Los controles pueden contener más de una sesión, pero no deben ser incluidas en esta sección. Estas sesiones se registraran en la sección A.5

Sección A.5: Sesiones de Rehabilitación

Definiciones conceptuales :

Son las sesiones entregadas por Kinesiólogos, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo en los que se aplican los procedimientos que realiza cada uno de los profesionales de rehabilitación, según PTI.

Una persona puede asistir el mismo día a sesión con más de un profesional, registrándo la sesión cada uno de los profesionales por separado.

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde registrar el número de sesiones de rehabilitación total por el profesional que la realiza.

Reglas de consistencia :

R.1: Las evaluaciones intermedias deben ser registradas como control de rehabilitación en la sección A.4, por lo tanto, no corresponde registrarla como sesión.

Sección A.6: Procedimientos y actividades

Definiciones conceptuales :

Procedimientos y actividades Programa de Rehabilitación Integral: Son actividades terapéuticas dirigidas a las personas con discapacidad en la que se aplica una o más de los siguientes tipos de intervenciones:

Evaluación Ayudas Técnicas: Corresponde a la entrega de ayudas técnicas, como tal que incluye la evaluación, educación en su uso y el proceso administrativo para su entrega.

Fisioterapia: Es la aplicación de elementos de fisioterapia como ultrasonido, TENS, termoterapia superficial, entre otros.

Masoterapia: Son masajes corporales de estimulación,y de relajación.

Ejercicios Terapéuticos: Es la prescripción de un programa de Actividad Física que involucra al paciente en la tarea voluntaria de realizar una contracción muscular y/o movimiento corporal con el objetivo de aliviar los síntomas, mejorar la función, mantener o frenar el deterioro de la salud.

Habilitación/ Rehabilitación Educacional: Actividades para el desarrollo de competencias educativas aumento y fortalecimiento de redes comunitarias y sociales y coordinación con el intersector.

Confección de Órtesis y/o Adaptaciones: Es la indicación y elaboración de dispositivos que se aplican externamente y se utilizan para modificar las características estructurales y funcionales de los sistemas neuromusculares y esqueléticos de una persona.

Habilitación y Rehabilitación de AVD: Son las actividades de la vida diaria, básicas instrumentales y avanzadas.

Adaptación del hogar: Es la elaboración, instalación de implementos y/o desarrollo de medidas de adecuación arquitectónica y estructural para disminuir o mitigar las barreras ambientales presentes en el hogar que generan limitación en la actividad.

Actividades Recreativas: Son las actividades de manera grupal o colectiva, las cuales permiten desarrollar y/o mejorar habilidades de socialización, a través de la interacción y aprendizaje con otros. Las actividades recreativas siempre se realizan con fines terapéuticos y pueden ser realizadas al interior del establecimiento, como en la comunidad (Ej, paseos, museos, deportes, actividades culturales, interacción grupal, etc.).

Actividades Terapéuticas: Corresponde a las actividades realizadas por profesionales de habilitación y rehabilitación destinadas al logro de los objetivos terapéuticos planteados en el Plan de Tratamiento Individual a través de acciones individuales, grupales y comunitarias.

Orientación y Movilidad: Es el entrenamiento realizado a una persona con discapacidad visual orientada al entrenamiento en áreas de su desempeño ocupacional, entrenamiento en las actividades de la vida diaria,actividades instrumentales, apoyo para el logro de la inclusión social, laboral, escolar. Manejo del desplazamiento en el hogar y el entorno (barrio, utilización del transporte público), etc.

Entrenamiento de Ayudas Técnicas: Son actividades destinadas a la habilitación de una persona para lograr el uso más adecuado de la ayuda técnica o producto de apoyo, en el proceso de rehabilitación.

Orientación sociolaboral: Son actividades que incluyen intervencion grupal, individual y/o talleres pre-laborales, destinados a facilitar el conocimiento de las destrezas y recursos que tiene la persona, ayudándole a definir sus posibilidades laborales en el contexto donde se encuentra. Se registra por actividad, independiente si es individual o grupal.

Orientación Familiar y de la red de apoyo para el trabajo: Son actividades que considera intervención grupal y/o talleres grupales destinados a proporcionar conocimiento e información sobre aspectos generales de su familiar en proceso de habilitación y rehabilitación para el trabajo, los recursos sociales dISPonibles y el contexto laboral en que está inserta la persona. Se registra por actividad, independiente si es individual o grupal.

Gestión de la red local para el trabajo: : Son actividades de gestión como reuniones y/o asesorías con la red local, destinadas a generar los recursos desde la red territorial para identificar ofertas de capacitación, nivelación escolar y empleo para su respectiva derivación. Se registra por actividad, independiente si es individual o grupal.

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde registrar los procedimientos y las actividades realizadas por el equipo de Rehabilitación, de acuerdo al plan de tratamiento consensuado previamente.

Se desagrega de acuerdo a las siguentes estrategias: total rehabilitación base comunitaria; total rehabilitación integral; total rehabilitación rural y otros.

- En el caso de las actividades socio-laborales, de orientación familiar y de la red de apoyo para el trabajo de gestión de la red local para el trabajo, se registra por actividad, independiente si es individual o grupal.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.7: Consejeria individual agendada

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la consejería realizada por un profesional o el equipo de rehabilitación, programada y cuyo objetivo es enfrentar crisis normativas, no normativas, duelo, prevención, anticipación al daño, etc. Esta actividad incluye: la definiciones del problema, búsqueda de soluciones en conjunto, propuestas de soluciones, análisis de los avances a los cuales se da seguimiento posterior. El terapeuta actúa como catalizador, facilitador y potenciador de los recursos personales de la Persona con Discapacidad (PcD). Esta actividad requiere de a lo menos 3 sesiones.

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde registrar el total de consejerías agendadas y programadas que han realizado los profesionales.

Se desagrega de acuerdo a las siguentes estrategias:

- Total Rehabilitación Base Comunitaria
- Total Rehabilitación Integral
- Total Rehabilitación Rural
- Otros

No es consejería informar al usuario sobre el proceso de rehabilitación, enfermedad, tratamiento, prevención, no debe confundirse con la información sobre el proceso de enfermedad o de rehabilitación que se entrega como parte de sus derechos y de una atención de calidad.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.8: Consejeria familiar agendada

Definiciones conceptuales :

Es la consejería realizada a la familia, por el equipo de salud familiar y/o de rehabilitación. Esta actividad incluye: definición del problema, búsqueda de soluciones en conjunto, propuestas de soluciones, análisis de los avances a los cuales se da seguimiento posterior, cuyo objetivo es enfrentar crisis normativas, no normativas, duelo, prevención, anticipación al daño, etc. El o los terapeutas actúan como catalizador, facilitador de cambios y potenciador de los recursos familiares. Esta actividad requiere de a lo menos 3 sesiones.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar en esta sección el número total de consejerías agendadas, dirigidas al paciente y su familia, realizada por uno o más profesionales del equipo de rehabilitación.

Se desagrega de acuerdo a las siguentes estrategias:

- Total Rehabilitación Base Comunitaria
- Total Rehabilitación Integral
- Total Rehabilitación Rural
- Otros

Se deben registrar todas las consejerías programadas independiente del cumplimiento del objetivo que las motivo.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A. 9: Visitas Domiciliarias Integrales

Definiciones conceptuales :

Visita Domiciliaria Integral (VDI): Es la visita domiciliaria que se realiza a una familia con integrante en Programa de Rehabilitación. Son realizada por uno o más de los profesionales de rehabilitación, y pueden ser acompañados por algún integrante del equipo de salud familiar, tiene por objetivo evaluar las condiciones de vida en el hogar: estructurales, como también la dinámica familiar, habitabilidad, necesidades de adaptaciones, ayudas técnicas, barreras de acceso.

Asimismo, puede llevar asociada evaluaciones específicas: funcionalidad, evaluación de ayudas técnicas, evaluación de discapacidad (IVADEC), etc.

Visita de Tratamiento y/o Procedimiento: Corresponde a los procedimientos y actividades, consejerías individuales y familiares, intervención con el cuidador, realizadas en domicilio.

Las Visitas Domiciliarias Integrales y de tratamiento y/o procedimiento se desagregan por estrategias RBC, RI, RR y Otros.

Definiciones operacionales :

Las Visitas Domiciliarias Integrales y de tratamiento y/o procedimiento se desagregan por estrategias RBC, RI, RR y Otros.

Visita Domiciliaria Integral: Corresponde el registro de visitas a familias con integrante en Rehabilitación, efectuadas con el fin de entregar atención, intervenciones rehabilitadoras, consejerías familiares y educación.

Visita de Tratamiento y/o Procedimiento: Corresponde registrar el conjunto de acciones con fines de tratamiento, que se realiza en el domicilio. Solo se deben registrar las atenciones en domicilio destinadas a realizar tratamientos terapéuticos. Se registraran cada vez que se realicen.

En el caso de zonas extremas, que solo cuentan con Técnico Enfermería de Nivel Superior, deberán registrar en esta última celda

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.10: Número de personas y sesiones de educación grupal

Definiciones conceptuales :

Corresponde a la incorporación de una persona con discapacidad que será intervenida por el programa a través de acciones grupales destinadas a actividades preventivas de discapacidad y promocionales de estilos de vida saludables que ayuden a favorecer y/o retardar patologías crónicas, como también actividades de prevención secundaria realizadas en grupo, entregando herramientas para el autocuidado.

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde el registro del número de personas que ingresan a educación grupal y el número de sesiones realizadas , donde reciben conocimientos y herramientas para el logro de la prevención secundaria, e información de enfermedades en actividades grupales.

Las sesiones de Educación Grupal se separan por estrategias RBC , RI , RR y otros.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.11: Personas que logran participación en la comunidad

Definiciones conceptuales:

Corresponde al número de personas según su condición de salud, que logran participación en comunidad (inclusión social), como hito designado en el plan de tratamiento consensuado por el equipo de rehabilitación y la persona con discapacidad.

De acuerdo al ciclo vital de la persona, puede ser: laboral (Trabajo o Dueña/o de casa), educativa, o comunitaria (grupos sociales, o desarrollos al interior de la familia y el hogar). En esta sección se consignan solo aquellos casos que logran su participación en comunidad producto de la intervención del equipo con la comunidad (intersector, organizaciones sociales, etc.)

Trabajo con objetivos de habilitación y rehabilitación: Persona que logra mejorar destrezas personales (habilidades y hábitos para el trabajo), recursos familiares y sociales, mediante intervención de rehabilitación para el trabajo y de la articulación con la red local.

Objetivos de habilitación y rehabilitación pre-laboral: persona que logra mejorar destrezas personales (habilidades y hábitos para el trabajo), recursos familiares y sociales, mediante intervención de rehabilitación para el trabajo y de la articulación con la red local, cuenta con perfil pre-laboral (documento donde se registran todos los recursos adquiridos por la persona durante el proceso de rehabilitación).

Trabajo sin objetivos de habilitación y rehabilitación: personas que logran participación laboral, solamente mediante la gestión de su inclusión en la red local.

Dueña/o de casa: Persona que logra mejorar destrezas personales, recursos familiares y sociales, mediante intervención de rehabilitación para el desempeño de su rol como dueño/a de casa.

Educativa: Persona que logra mejorar destrezas personales, recursos familiares y sociales, mediante intervención de rehabilitación para su desempeño en Educación, de acuerdo a su ciclo de vida.

Comunitario: Persona que logra mejorar destrezas personales, recursos familiares y sociales, mediante intervención de rehabilitación para su desempeño en Comunidad, de acuerdo a su ciclo de vida (inclusión en grupos sociales).

Las personas que logran participación en comunidad, se separan por estrategias RBC (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno), RI (kinesiólogo 33 hrs), RR (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno, que se desplazan en conjunto por las comunas rurales), Otros.

Se desagrega de acuerdo a las siguentes estrategias: Total Rehabilitación Base Comunitaria; Total Rehabilitación Integral; Total Rehabilitación Rural y otros.

Definiciones operacionales :

En esta sección se debe registrar el número de personas que han logrado participación en comunidad (Inclusión Social), producto de la intervención del equipo con la comunidad (intersector, organizaciones sociales, etc.) en el mes informado, a lo largo de su tratamiento de rehabilitación.

Laboral: Persona que logran destrezas y habilidades para incorporarse a un trabajo remunerado, también cuando se establecen los nexos con la red local para este mismo fin (trabajo intersectorial, OMIL, SOFOFA, etc.)

Laboral Dueña/o de Casa: Personas que logran retomar o realizar sus labores en el hogar como una labor no remunerada y que constituía su labor habitual.

Educativo: Personas que logran participación en el sistema educativo, producto del trabajo del equipo de rehabilitación con la red educativa.

Comunitaria: Personas que logran participación en grupos sociales, producto del trabajo del equipo de rehabilitación con la red comunitaria.

En la columna Otros, corresponde registrar los egresos que no están asociados a las estrategias establecidas por el Programa.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.12: Actividades y participación

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las actividades y participación que se registran de acuerdo a las siguentes modalidades de intervención:

Diagnostico o Planificación Participativa: Se incluyen en esta sección todas las actividades asociadas al trabajo de diagnóstico participativo, la planificación y ejecución del plan con los grupos objetivos: comunas, comunidades, organizaciones asociadas a discapacidad, organizaciones comunitarias y comunidad educativa.

Actividades de promoción de la salud: Se consideran todas las actividades destinadas a la promoción de la salud y prevención de discapacidad, con los grupos objetivos: comunas, comunidades, empleadores y compañeros de trabajo, comunidad educativa, red de apoyo y cuidadores.

Actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales: Se incluyen en esta sección las capacitaciones estructuradas con objetivos educativos precisos; están destinadas a generar competencias en áreas específicas, ejemplo programas estructurados para la formación de monitores, cuidadores. Con los grupos objetivos: profesionales de salud, empleadores y compañeros de trabajo, comunidad educativa, monitores red de apoyo y cuidadores.

Asesoría a grupos comunitarios: Se registran todas las actividades de asesoría, apoyo, entre otros, con organizaciones de personas con discapacidad y organizaciones para personas con discapacidad.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar las actividades y participación, según sus líneas de acción; se deben registrar los participantes solo una vez aunque asistan a más de una actividad.

Se incluyen cuatro modalidades de intervención en actividad y participación comunitaria:

Diagnostico o Planificación Participativa: Se incluyen en esta sección todas las actividades asociadas al trabajo de diagnóstico participativo, la planificación y ejecución del plan con los grupos objetivos: comunas, comunidades, organizaciones asociadas a discapacidad, organizaciones comunitarias, comunidad educativa.

Actividades de promoción de la salud: Se consideran todas las actividades destinadas a la promoción de la salud y prevención de discapacidad, con los grupos objetivos: comunas, comunidades, empleadores y compañeros de trabajo, comunidad educativa, red de apoyo y cuidadores.

Actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales: Se incluyen en esta sección las capacitaciones estructuradas con objetivos educativos precisos; están destinadas a generar competencias en áreas específicas, ejemplo programas estructurados para la formación de monitores, cuidadores. Con los grupos objetivos: profesionales de salud, empleadores y compañeros de trabajo, comunidad educativa, monitores, red de apoyo y cuidadores.

Asesoría a grupos comunitarios: Se registran todas las actividades de asesoría, apoyo, entre otros, con organizaciones de personas con discapacidad y organizaciones para personas con discapacidad.

Para los grupos objetivos se entiende por:

Comunas, comunidades: A las personas que pertenecen a la comunidad, adscritas a un CESFAM, o establecimiento de APS donde se realiza la intervención.

Organizaciones asociadas a discapacidad: Organizaciones de personas en situación de discapacidad , que trabajan con estas personas y las apoyan.

Organizaciones comunitarias: Organizaciones comunitarias que no están relacionadas con personas en situación de discapacidad .

Comunidad Educativa: Docentes, paradocentes, profesionales, padres y alumnos.

Empleadores y compañeros de trabajo: Empleadores y Compañeros de Trabajo del usuario que está recibiendo prestaciones de habilitación y rehabilitación para el trabajo o que ya se encuentra incluido en un puesto laboral.

Red de apoyo: Familia, vecinos, amigos, otros. a excepción de los cuidadores.

Cuidadores: Persona que entrega asistencial habitual a una persona con Dependencia que requiere de un apoyo constante.

Profesionales de salud: Profesionales y técnicos en Salud que trabajan como apoyo en la atención de usuarios con discapacidad.

Monitores: Personas que entregan apoyo voluntario a usuarios con discapacidad o a sus familias que no tienen conocimientos en salud.

Organizaciones de personas con discapacidad: Organizaciones conformadas por Personas con discapacidad o usuarios en control en el Programa de Rehabilitación.

Organizaciones para personas con discapacidad : Organizaciones de personas que trabajan para y por las personas en situación de discapacidad.

Los establecimientos de la atención primaria que deben registrar en este REM serán:

Establecimientos con Salas Rehabilitación de Base Comunitaria

Establecimientos con Salas de Rehabilitación Integral

Hospitales de Baja Complejidad

Establecimientos / Estrategias de APS con espacios habilitados para Actividades de Rehabilitación (CESFAM, CGU, CGR)

Equipos Rurales de Rehabilitación.

Postas de Salud Rural que realizan actividades de rehabilitación.

Otros: corresponde a atenciones realizadas en el marco de GES Artrosis, estrategias locales que abordan problemas diferentes a los establecidos en el Programa.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B: Nivel Hospitalario

Sección B.1: Ingresos y egresos al de Programa de Rehabilitación Integral

Definiciones conceptuales :

Ingresos: corresponde a la incorporación de una persona al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación o Servicio de Rehabilitación, o cualquier proceso de rehabilitación. El ingreso da cuenta de la cobertura del Servicio, por tanto, se registra una sola vez, independientemente de que la persona sea vista por más de un profesional.

Los ingresos se consignan por grupos sindromáticos y por grupos etarios y por tipo de atención. Se ingresan el o los diagnósticos sindromáticos de los problemas a abordar en el episodio.

Ingresos con Plan de Tratamiento Integral (PTI): Corresponde a incorporación de una persona al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación o Servicio de Rehabilitación que cuenta con Plan Tratamiento Integral, con objetivos terapéuticos compartidos por el equipo de rehabilitación elaborada en conjunto con el usuario por edad.

Se consignan en Otros aquellos problemas de salud que no están en los diagnósticos anteriores, pero que constituyen una línea de trabajo del equipo, ej. piso pélvico.

Egresos por ALTA: corresponde a la finalización del proceso de rehabilitación definido en un PTI (Plan de Tratamiento Integral), consensuado con la persona con discapacidad, su familia y el equipo tratante, en el cual se establecieron objetivos terapéuticos y plazos; cumplidos los objetivos, se egresa por alta. EL Plan Tratamiento Integral es uno por persona, e incluye los objetivos de todo el equipo de rehabilitación.

En el egreso por ALTA se pueden presentar tres situaciones:

Paciente hospitalizado que ingresa a programa de rehabilitación en atención cerrada, se registra como egreso desde atención cerrada cuando la persona completa su tratamiento de rehabilitación y continúa hospitalizada.

Paciente dado de alta de hospitalización y continúa su tratamiento de rehabilitación en forma ambulatoria, su egreso se hará al finalizar el tratamiento y se registra como egreso desde atención abierta.

Paciente ingresa para rehabilitación en atención abierta, su egreso será desde atención abierta.

En caso de que el paciente sea derivado a otro hospital debe ser egresado en su hospital de origen e ingresado en el nuevo establecimiento.

Egreso por abandono: se considera abandono al paciente que, teniendo un pti en curso y horas asignadas para atención del equipo de rehabilitación, deja de asistir sin una razón justificada.

En atención cerrada se considerará egreso por abandono al paciente que teniendo un PTI en desarrollo, se niega a continuar asistiendo al servicio de rehabilitación o al tratamiento en sala. El paciente y/o familiar deberá manifestar por escrito el abandono voluntario al programa de rehabilitación.

En el caso de atención abierta, se considerará egreso por abandono al paciente que deja de asistir a tres citaciones agendadas y efectivamente confirmadas, sin aviso.

Egreso por fallecimiento: en el caso de ocurrir este hecho durante el período de tratamiento, es necesario consignarlo, además, agregar el punto donde estaba recibiendo la atención abierta o cerrada.

Egresos Ataque Cerebro Vascular referido a APS: corresponde a la finalización del proceso de rehabilitación de una persona con Ataque Cerebro Vascular definido en un Plan de Tratamiento Integral, consensuado con la persona en situación de discapacidad, su familia y el equipo tratante, referido a un equipo de rehabilitación en APS.

Definiciones operacionales :

El ingreso se registra una sola vez por evento al inicio del proceso de rehabilitación. No debe volver a registrarse si el paciente cambia su condición y continúa la atención en forma ambulatoria, sigue siendo el mismo proceso de rehabilitación (continuidad de la atención).

De acuerdo al Tipo de Atención, el ingreso puede ser:

Atención Cerrada: incluye la diferenciación entre ingresos realizados a personas que se encuentran en las UPC o cuidados medios y básicos.

Atención Abierta: Se genera a través de una interconsulta o epicrisis desde el mismo establecimieto u otro de la red, asimismo, consigna los ingresos a atención ambulatoria derivados desde la APS y que requieren un manejo de mayor especialidad.

El egreso debe consignar si este fue realizado desde la atención cerrada (UPC, cuidados medios), atención abierta.

Reglas de consistencia :

R.1: Se debe registrar según motivo de ingreso y/o egreso por grupo de edad y sexo.

Sección B.2: Evaluación inicial

Definiciones conceptuales:

Evaluación Inicial: es realizada por, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, Fonoaudiólogo y/o Psicólogo, destinada a contar con el diagnóstico funcional para construir el Plan de Tratamiento Integral (PTI).

La evaluación puede considerar: actividades de la vida diaria; laboral/educacional; situación emocional y cognitiva, además de y programar acciones terapéuticas, de acuerdo a la persona en situación de discapacidad, su familia y/o cuidador y la evaluación o calificación de discapacidad, (aplicación de IVADEC-CIF).

Las evaluaciones se consignan según profesional, grupos etarios, sexo, número de pacientes beneficiario y número de paciente evaluados en sala de hospitalización (como respuesta a interconsulta).

Las consultas del médico fisiatra u otra especialidad, se mantienen en el REM 07 ESPECIALIDADES.

Definiciones operacionales:

Evaluación Inicial: El dato que se debe registrar corresponde a las evaluaciones realizadas por cada profesional, para establecer el PTI, a partir de dicha información.

El número de evaluaciones iniciales pueden ser mayor o iguales que el número de ingresos, dado que cada profesional puede realizar más de una evaluación.

Regla de consistencia:

R.1: Estas evaluaciones no deben ser incluidas en la sección B4.

Sección B.3: Evaluación intermedia

Definiciones conceptuales:

Evaluación Intermedia: es el acto terapéutico realizado en etapas intermedias del tratamiento, destinado a evaluar el estado de avance de la intervención del equipo de rehabilitación con los objetivos planteados en el plan de tratamiento integral (PTI). En caso de ser necesario, tomar las medidas de ajuste a los objetivos del plan.

Esta acción considera un tiempo especialmente destinado para ello, y considera la entrevista y/o la aplicación de instrumentos que permitan comparar con la medición anterior, y que permita tomar decisiones respecto a cambios en el tratamiento (interconsulta, derivación a un establecimiento de mayor complejidad, incorporar a otro profesional del equipo de rehabilitación, etc.)

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde regsitrar el número de evaluaciones intermedias realizados cada uno de los profesionales.

Una evaluación intermedia, puede implicar más de una sesión, ambas se registran como evaluación intermedia. No deben ser incluidas en la sección B.4, pues éstas corresponden al proceso de tratamiento.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.4: Sesiones de rehabilitación

Definiciones conceptuales :

Sesión: Corresponden a las instancias de tratamiento propiamente tal, en que cada profesional aplica las técnicas propias de su disciplina (procedimientos). En esta sección cada profesional registra por separado el número de veces que una persona asiste a tratamiento, existiendo varias posibilidades de acuerdo a la intensidad del tratamiento:

1.- Una persona es atendido por un solo profesional, constituye una sesión.

2.- Una persona en un mismo día puede ser atendida por varios profesionales, cada atención por profesional es una sesión.

3.- Una persona en un mismo día puede ser atendida dos veces por uno o más profesionales (alta intensidad), se registra el número de sesiones que cada profesional realizó como intervención respecto a esa misma persona.

En cada sesión se pueden realizar uno o más procedimientos.

Definiciones operacionales :

Se debe registrar el número de sesiones de rehabilitación total por profesional que la realiza en nivel de especialidad o nivel hospitalario.

Una evaluación intermedia se registra como control de rehabilitación (Sección B.3) no corresponde registrarlo como sesión.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.5: Derivaciones y continuidad en los cuidados

Definiciones conceptuales :

El objetivo de esta sección es conocer en qué nivel de la red la persona continuará su proceso de rehabilitación, se registra a la salida de cada establecimiento hospitalario de alta y mediana complejidad. La persona puede ser derivada para completar su tratamiento a otro hospital de mayor o menor complejidad de la red, o directamente a un CESFAM.

Los hospitales Comunitarios corresponden al nivel primario, ellos deben realizar el proceso final de la rehabilitación que es la inclusión social, por lo tanto, registran derivación solo si por alguna razón se ven obligados a derivar a un CESFAM o CGR.

Definiciones operacionales :

Se registra a que nivel se deriva para continuar con los cuidados o rehabilitaciones pertinentes. Totales por centro de salud.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.6: Procedimientos y otras actividades

Definiciones conceptuales :

Evaluación ayudas técnicas: Procedimiento orientado a valorar el resultado del uso de una ayuda técnica en el usuario de modo de obtener su máxima funcionalidad. El Kinesiólogo y/o terapeuta Ocupacional apoya en la educación del uso, dosificación y cuidados de ésta. Estos profesionales, asesoran al médico en la propuesta de la ayuda técnica más óptima para las necesidades del paciente.

Entrenamiento de Ayudas Técnicas: son actividades destinadas a la habilitación de una persona para lograr el uso más adecuado de la ayuda técnica o producto de apoyo, en el proceso de rehabilitación.

Fisioterapia: Conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos, son utilizadas para prevenir, recuperar y readaptar sistemas comprometidos. La determinación de uso y dosificación dependerá de la evaluación del usuario, patología, condición de la piel y estado emocional. Las más utilizadas son: electroterapia, termoterapia, hidroterapia, ultrasonido, entre otras.

Tratamiento compresivo: Procedimiento por el cual se aplican fuerzas compresivas al muñón de amputación, favoreciendo el retorno venoso, inhibiendo la hipertrofia de cicatrices, mejorando la tonicidad, controlando el edema y el dolor.

Atención kinesiológica integral: Prestación kinésica que incluye la evaluación y todos los procedimientos de medicina física, rehabilitación y/o kinesiterapia, que se le realiza a un paciente en una sesión de tratamiento.

Entrenamiento protésico: Proceso por el cual el usuario de prótesis se reeduca en actividades de la vida, potenciando la funcionalidad remanente. Puede incluir tratamiento pre y post-protésico

Educación grupal: Todas aquellas actividades grupales realizadas en forma de taller y/o exposición dirigidas a un conjunto de personas que comparten una problemática común; pudiendo ampliarse a usuarios, familiares, cuidadores y redes de apoyo. Orientados a la educación y prevención de ciertas temáticas relevantes para el bienestar integral del usuario y/o cuidador.

Educación familiar: Considera charlas, entrevistas individuales, talleres y/o exposiciones, dirigidas a familiares y/o cuidadores del usuario, con el fin de educar acerca de algún tema de interés que favorezca el autocuidado y manejo hacia el paciente para la consecución de los objetivos de rehabilitación propuestos.

Aspiración (succión): Consiste en la succión o extracción de mucosidades que se encuentran en la vía aérea y que no se pueden eliminar espontáneamente, mediante una sonda de aspiración que se introduce por vía nasofaríngea u orofaríngea con técnica limpia. Considera también, la succión nasotraqueal o por vía aérea artificial utilizando técnica estéril según la norma.

Ejercicio terapéutico: Conjunto de técnicas que utilizan el movimiento corporal para mejorar la función musculoesquelética con la finalidad última de restablecer la funcionalidad del paciente. Esta actividad se realiza en relación al diagnóstico kinésico y debe ser dosificada y supervisada por el profesional.

Evaluación de la voz, habla y lenguaje: Procedimiento fonoaudiológico que permite determinar la normalidad o alteración de la voz, habla y lenguaje. Se realiza a partir de la observación clínica, anamnesis, entrevistas, test formales o pautas informales.

Tratamiento de la voz, habla y/o lenguaje: Técnicas fonoaudiológicas que permiten habilitar o rehabilitar la voz, habla y lenguaje acorde a las condiciones del usuario, su entorno familiar y escolar. Entre ellos se pueden mencionar estrategias de intervención directa (habilitación y rehabilitación del usuario) y estrategias de intervención indirecta (educación a los familiares o cuidadores del usuario, coordinación con equipo profesional del entorno escolar o laboral del usuario, entre otros).

Tratamiento funciones motoras orales: Técnicas y estrategias fonoaudiológicas que favorecen la movilidad, sensibilidad y funcionalidad de los órganos fonoarticulatorios.

Estimulación Cognitiva: Técnicas y estrategias fonoaudiológicas que entrenan o facilitan las funciones cognitivas relacionadas con la comunicación (atención, memoria, funciones ejecutivas, visuoespaciales y visuoconstructivas).

Prevención de deterioro de órganos fono articulatorios (OFA): Técnicas fonoaudiológicas que buscan mantener el buen estado general de los órganos fonoarticulatorios en ausencia de alimentación por vía oral.

Evaluación de deglución: Procedimiento fonoaudiológico que permite determinar la normalidad o alteración del proceso de deglución. Se realiza a partir de una observación clínica, anamnesis, entrevistas y evaluación directa del proceso.

Manejo trastorno deglución: Conjunto de técnicas y estrategias fonoaudiológicas que permiten determinar la vía de alimentación segura y eficiente de acuerdo a cada caso, además de estimular y facilitar los patrones de movimientos adecuados para cada etapa dentro del proceso.

Confección órtesis y/o adaptaciones: Se refiere a la confección de aditamentos con el objetivo de mejorar funcionalidad, postura o proteger segmentos corporales. Las férulas y órtesis son utilizadas para mejorar funcionalidad, postura y protección de segmentos, son confeccionadas con materiales como: neopreno, termoplástico de baja temperatura, plastazote y otros materiales como velcros, remaches, hebillas, correas. Se confeccionan adaptaciones para mejorar posicionamiento del usuario, aumentando la funcionalidad y participación en contextos como laboral, escolar y en actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales. Lo materiales son diversos desde elementos como cartón, maderas, esponjas, telas, velcros, termoplásticos, entre otros.

Habilitación y rehabilitación en actividades de la vida diaria (AVD): Se realizan evaluaciones de habilidades y competencias con el fin de generar experiencias y optimizar el desempeño en las actividades de la vida diaria. Esto se realiza a través del entrenamiento y fortalecimiento de estas actividades, en contextos protegidos y comunes para el usuario, como por ejemplo, el hogar, sala de rehabilitación, la comunidad, sistemas educativos, lugar de trabajo, cuyo objetivo es lograr autonomía e independencia en el desempeño en las distintas áreas.

Habilitación y rehabilitación laboral: Habilitación/Rehabilitación Laboral: Se refiere al trabajo del terapeuta ocupacional en el fortalecimiento de las competencias laborales adquiridas previamente y/o rehabilitarlas, según sea el caso. Considera la evaluación de capacidades remanentes, orientación laboral, evaluación de puesto de trabajo. Es derivado a APS cuando es necesario activar la red para la inserción laboral.

Habilitación y rehabilitación educacional: Habilitación/Rehabilitación Educacional: La habilitación y/o rehabilitación se debe orientar al logro de la inclusión social, en aquellas personas niños, adolescentes o adultos jóvenes en etapa de formación que deben desarrollar las competencias educativas básicas para la integración escolar, establecer su adaptación al medio escolar o educativo, orientar a la familia, escuela o agente educativo respecto al manejo en el aula.

Actividades Recreativas: Son actividades significativas para el usuario basadas en acciones lúdicas que tienen como fin entregar diversión, relajo, esparcimiento, participación social, y que resulta beneficioso para el proceso de rehabilitación.

Actividades terapéuticas: Son actividades significativas y con propósito para el usuario, orientadas a cumplir los objetivos de rehabilitación, favoreciendo las capacidades motoras, sensoriales, cognitivas, emocionales, sociales y culturales, las que se realizan a través de diversas actividades como ergoterapia o mecanoterapia.

Integración sensorial: Técnica de intervención utilizada para regular comportamiento y procesamiento sensorial por medio de estímulos propioceptivos, vestibulares, táctiles, esperando lograr respuestas adaptativas con objetivo de mejorar habilidades motoras gruesas y finas; mejorar desempeño cognitivo; mejorar participación ocupacional, autorregulación y participación social; aumento de la competencia percibida, la autoconfianza y la autoestima; mejorar la calidad de vida del niño y su familia.

Psicoterapia Individual: Psicoterapia Individual. Corresponde al tratamiento psicológico otorgado por un clínico habilitado por formación, a una persona que demanda de su intervención, en un encuentro confidencial y privado, respecto al sufrimiento que lo aqueja. En este proceso se requiere un "motivo de consulta", la elaboración de un "demanda terapéutica" de parte del consultante, así como también una evaluación diagnóstica y tratamiento por parte del clínico.

Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a personas en situación de discapacidad, familiar o cuidador, tendiente a apoyar el proceso terapéutico, manejo de duelo, apoyo psicológico a las etapas del ciclo vital del paciente, manejo de cuadros clínicos específicos (depresión, cuadros conductuales, etc.).

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar las actividades realizadas por el equipo de Rehabilitación, establecidas en el Plan de Tratamiento Integral (PTI) consensuado previamente.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM-A29: Programa de Imágenes Diagnósticas y/o Resolutividad en Atención Primaria

En los equipos de Atención Primaria el programa de imágenes diagnósticas y de resolutividad se traducen en la capacidad de diagnosticar y manejar adecuadamente la patología prevalente, con los métodos diagnósticos y terapéuticos a su alcance, derivar oportunamente según los protocolos establecidos y consensuados y lograr influir en la incidencia de patologías a través de programas eficaces de promoción y prevención.[22]

Secciones del REM-A29

Sección A: **Programa de Resolutividad en APS.**

Sección B: **Procedimientos de Imágenes Diagnósticas y Programa de Resolutividad en APS.**

Sección B.1 **Programa de Imágenes Diagnósticas en APS.**

Sección C: **Entrega de ayudas técnicas.**

Sección D: **Procedimientos apoyo clínico y terapéutico.**

Sección E: **Cirugía menor ambulatoria.**

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM- A29

UAPO: Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. Las UAPO, ubicadas de preferencia en establecimientos de la atención primaria, mejoran la capacidad resolutiva de la Red Asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y Resolutividad con la calidad técnica potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, pertinencia diagnóstica y de derivación, enmarcada en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

[22] Estrategia Nacional de Salud, 2011-2020.

Sección A: Programa de Resolutividad en APS

Definiciones conceptuales:

Consultas Médicas de Especialidades: Es la atención profesional otorgada por un médico Oftalmólogo u Otorrino a un paciente en un lugar destinado para esos fines.

Consulta Otros Profesionales: Se refiere a aquella atención profesional realizada por Tecnólogo Médico en la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO). Estas atenciones se registrarán de acuerdo a dos causales por: Vicio de Refracción u Otras Cosultas.

Ingresos y egresos glaucoma UAPO: Corresponde a los ingresos y egresos realizados en la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) por diagnóstico de Glaucoma.

Controles glaucoma UAPO**:** Se refiere a las atenciones de seguimiento realizada por médico en la UAPO.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar las atividades correspondientes al programa de resolutividad en atención primaria. Éstas son: consultas, controles, ingresos y/o egresos realizados por los especialidades correspondientes, según grupos de edad definidos y sexo de los pacientes.

Regla de consistencia:

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B: Procedimientos de Imágenes Diagnósticas y Programa de Resolutividad en APS

Definiciones conceptuales:

Esta sección comprende el registro de las actividades contempladas y comprometidas por el establecimiento a través del Programa de Imágenes Diagnostica y Programa de Resolutividad de Atención Primaria, permitiendo conocer la demanda de exámenes y porcentaje de realización de estos.

Este programa tiene el objetivo de mejorar mediante, el apoyo de procedimientos de Imagenología, la capacidad resolutiva en el diagnóstico clínico, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia y calidad técnica considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e integral. Otorgando prestaciones de apoyo diagnóstico.

El cumplimiento oportuno de estas actividades se puede realizar por distintas vías, como compras de servicio o producción propia del establecimiento.

Incluye:

- Mamografías
- Ecotomografía Mamaria

- Ecotomografía Abdominal
- Endoscopia Digestiva Alta
- Cirugía Menor

Definiciones operacionales :

Se registran de las actividades comprometidas e informadas por el establecimiento a través del Programa de Imágenes Diagnósticas y/o Programa de Resolutividad de Atención Primaria, según grupo etário.

Además se deben incluir los siguientes registros:

Mamografías debe registrarse, según su clasificación de resultado, con Birads 0, 1 o 2, 3, 4, 5 o 6, sin informe de Birads.

Ecotomografía Mamaria debe registrar si corresponde Informe de Sospeha de Malignidad

Ecotomografía Abdominal debe registrar con Resultado Litiasis Biliar si corresponde.

Endoscopia Digestiva Alta debe registrar si corresponde toma de biopsia, Informe de sospecha de malignidad, test de ureasa solicitados y los positivos.

Cirugía Menor debe registrar si corresponde Biopsias de Cirugía Menor enviadas a Anatomía Patológica, número de cirugías menor con informe de sospecha de Malignidad.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.1: Programa de Imágenes Diagnósticas en APS

Definiciones conceptuales :

Radiografías de Cadera 3-6 meses (screening): Corresponde al examen de imagenología realizado a menores de un año para la detección temprana de displasia de cadera.

Definiciones operacionales :

Se debe ingresar la cantidad de radiografías solicitadas e informadas, según sexo.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C: Entrega de ayudas técnicas

Definiciones conceptuales :

Esta sección corresponde a la entrega de lentes y audífonos a los pacientes en el marco del Programa de Resolutividad de la Atención Primaria para todas las edades hasta los 64 años de edad. El registro es realizado para los Consultorios Generales Urbanos y Rurales y/o Centros de Salud, Posta de Salud Rural dependientes de las Municipalidades.

Definiciones operacionales :

Se deben registrar los lentes, audífonos entregados a usuarios, a través de Programa de Resolutividad de Atención Primaria por el grupo de edad y sexo correspondiente.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Procedimientos de apoyo clínico y terapeútico

Definiciones conceptuales :

Corresponden a los procedimientos de apoyo clínico y terapéutico realizados por médicos especialistas que se encuentran contemplados en el Programa de Resolutividad en Atención Primaria. Las especialidad son Oftalmología y Otorrinología.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el total de procedimientos realizado por tipo de especialista, oftalmólogo u otorrinolaringólogo y por tipo de procedimiento realizado, según especialidad.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Cirugía menor ambulatoria

Definiciones conceptuales :

La intervención quirúrgica menor ambulatoria incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas.

Definiciones operacionales :

Se deben registrar el total de intervenciones quirúrgicas según guía clínica, realizadas por tipo de procedimiento realizadas en el establecimiento o si fueron compra de servicios.

Regla de consistencia :

R.1: Éstas cirugías sólo corresponden a las realizadas por el programa de resolutividad y no tienen relación con las cirugías del REM Serie B**.**

REM-A.30: Atenciones de Telemedicina en la Red Asistencial

Corresponden a las atenciones realizadas de telemedicina por médicos especialistas en los establecimientos habilitados de la red asistencial. Telemedicina se define como "el suministro de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico, realizado por profesionales que apelan a tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven" [23]

Secciones del REM-A.30

Sección A: **Consultas médicas de especialidad resueltas por telemedicina (Teleconsulta)**

Sección B: **Consultas médicas de urgencias resueltas por telemedicina en Establecimientos de Atención Secundaria de Urgencia (Teleconsulta)**

Sección C: **Informe por telemedicina en Establecimientos de Atención Primaria y Secundaria**

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-A.30

Es la atención profesional otorgada por el médico especialista, a un paciente en un lugar destinado para esos fines. Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción d exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopía, medición de peso y talla.

La entrega de esta prestación podrá realizarse a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de ese vínculo un planteamiento Diagnóstico y Terapéutico.

[23] www.salud-e.cl/proyectos/telemedicina/

Sección A: Consultas médicas de especialidad resueltas por Telemedicina (Teleconsulta)

Definiciones conceptuales :

Modalidad compras de servicios: Corresponde a aquellas teleconsultas de especialidad que son realizadas mediante la compra de servicios, ya sea a algún otro profesional médico perteneciente a la red asistencial (siempre y cuando sea fuera de su horario laboral contratado) o a algún profesional médico extrasistema.

Modalidad institucional: Corresponde a aquellas teleconsultas de especialidad que son realizadas por profesionales médicos de la red asistencial, utilizando sus horas contratadas institucionales y programadas.

Interconsultas generadas desde la APS para ser resueltas por Telemedicina: Corresponde a aquellas interconsultas que, siendo generadas en la APS, y derivadas a nivel secundario de especialidad serán resueltas por Telemedicina. Este registro lo realiza el establecimiento de Atención Primaria y además debe cargarse al repositorio nacional de lista de espera (RNLE).

Definiciones operacionales :

En esta sección corresponde al registro de las consultas médicas de especialidad (por el Médico con especialidad acreditada) realizadas en atención ambulatoria, diferenciadas en consultas nuevas y controles y a pacientes hospitalizados.

En esta sección se registra solamente la atención realizada por el médico especialista.

Si la Teleconsulta se realiza a pacientes ambulatorios entre APS y el nivel secundario, corresponde registrar la atención en el nivel secundario.

Si la Teleconsulta se realiza en pacientes hospitalizados entre centros de nivel terciario, la atención se registra en el nivel terciario en el establecimiento que resolvió la Teleconsulta.

Los pacientes ambulatorios se deben desagregar entre, si es una consulta nueva de especialidad o una de control.

La producción total de consultas ambulatorias y de pacientes hospitalizados realizadas por telemedicina se sumarán para efectos de producción de consultas a aquellas realizadas presencialmente.

El registro de modalidad de financiamiento (institucional o compra de servicio) incorpora tanto a los pacientes ambulatorios como a los pacientes hospitalizados.

Las interconsultas generadas desde la APS para resolver por telemedicina deben ser registradas en la atención primaria de salud.

Las atenciones registradas en esta sección del REM excluyen cualquier tipo de orientación o asesoría entre profesionales médicos realizados mediante llamadas telefónicas o tecnologías de información correspondiente a redes sociales.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B: Consultas médicas de urgencias resueltas por Telemedicina en Establecimientos de Atención Secundaria de Urgencia (Teleconsulta)

Definiciones conceptuales :

Corresponde a las consultas médicas realizadas entre Establecimientos de urgencia de Atención Primaria y Unidades de Emergencia de hospitales de mediana y Alta complejidad.

La producción de total de consultas médicas de urgencia realizadas por telemedicina se sumarán para efectos de producción de consultas a aquellas realizadas presencialmente.

Definiciones operacionales :

Corresponde registrar la atención de urgencia realizadas por telemedicina realizadas en hospitales de alta y mediana complejidad, según grupo de edad menor o mayor a 15 años y sexo correspondiente.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C: Informe por Telemedicina en establecimientos de Atención Primaria y Secundaria

Definiciones conceptuales :

Corresponde a los informes de procedimientos de apoyo clínico y diagnóstico, que son realizados a través de Telemedicina.

Modalidad compras de servicio: Corresponde a aquellos informes que son realizados mediante la compra de servicio, ya sea a algún otro profesional médico perteneciente a la red asistencial (siempre y cuando sea fuera de su horario laboral habitual) o a algún profesional médico del extrasistema. Se incluyen las compras a Sociedades Médicas o Empresas.

Modalidad institucional: Corresponde a aquellos informes que son realizados por profesionales médicos de la red, durante sus horas institucionales contratadas.

Definiciones operacionales :

Se registra el número de informes realizados por el médico especialista, tanto en los establecimientos de nivel primario como en los establecimientos de mayor complejidad. Además, se registra la modalidad de financiamiento, es decir, si se realizó con horas institucionales del profesional o se realizó con compra de servicio.

NOTA: En las atenciones realizadas por telemedicina solo se podrán utilizar tecnologías de información y comunicaciones que cumplan con lo establecido en las Políticas de Seguridad de la Información de MINSAL y con las Leyes de Derechos y Deberes del paciente.

Regla de consistencia :

Ésta sección no requiere regla de consistencia.

REM 2017

SERIE BS

DEIS
Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

REM-B: RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-B

Libro de Prestaciones

Este REM es para uso de los establecimientos que integran el sistema nacional de servicios de salud, sean dependientes del Ministerio de Salud, o entidades públicas o privadas con las cuales los servicios de salud o el Fonasa hayan celebrado convenio que establezca que el financiamiento es por prestaciones otorgadas.

En este REM se fusionan el total de las actividades que darán cuenta de toda la producción de los establecimientos, se incluyen además las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico

Este contendrá:

- El libro de prestaciones de apoyo diagnóstico y terapéutico, para el registro de la producción propia de los establecimientos
- El libro de prestaciones de apoyo diagnóstico y terapéutico, bajo la modalidad de compras realizadas al sistema y ventas de servicios
- El libro de prestaciones por compra de servicio de prestaciones de apoyo diagnóstico y terapéutico, al extrasistema

Secciones del REM-B

El REM B, integra el listado de todas las prestaciones otorgadas por los establecimientos, contenidas en los aranceles FONASA MAI, MLE, prestaciones contenidas en las PPV y todas aquellas prestaciones que aún no estando aranceladas, son realizadas por los establecimientos.

El listado de prestaciones se desagrega de acuerdo a los grandes grupos del arancel y donde se han agregado todas aquellas no incluidas en él.

- Atención Abierta
- Atención Cerrada
- Laboratorio Clínico
- Imagenología
- Medicina Nuclear y Radioterapia
- Medicina Transfusional
- Anatomía Patológica
- Prestaciones de Psiquiatría y Salud Mental
- Intervenciones quirúrgicas
- Procedimientos
- Anestesia
- Rescates, Traslados y Rondas Rurales
- Atención Odontológica

- Lentes, Audífonos

Esta hoja de prestaciones contendrá las siguentes columnas:

- Total, de actividades desagregada por:
  a. Total, de beneficiarios, con las modalidades de atención institucional (MAI) y modalidad libre elección (MLE).
  b. No beneficiarios
- Intervenciones quirúrgicas, desagregadas por:
  a. Principal y secundaria
  b. Total, de beneficiarios, con las modalidades de atención institucional (MAI) y modalidad libre elección (MLE).
  c. No beneficiarios
- Intervenciones quirúrgicas mayores no ambulatoria electivas, desagregadas por:
  a. Total
  b. Menores de 15 años
  c. Mayores de 15 años
- Intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias electiva, desagregadas por:
  a. Total
  b. Menores de 15 años
  c. Mayores de 15 años
- Intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias urgencia, desagregada por:
  a. Total
  b. Menores de 15 años
  c. Mayores de 15 años
- Intervenciones quirúrgicas mayores no ambulatorias urgencia, desagregada por:
  a. Total
  b. Menores de 15 años
  c. Mayores de 15 años
- Procedencia de la solicitud, desagregada en:
  a. Atención cerrada
  b. Atención abierta
  c. Urgencia

- Producción intrahospital, desagregada en:
  a. Por honorarios
  b. Por convenios
  c. Por consultores de llamada
- Operativos
- Compras realizadas
  a. Al sistema
  b. Al extrasistema
- Ventas de servicios

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM B

Definiciones conceptuales:

Beneficiarios: Los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, puede obtener atención de salud, tanto en la red Pública preferentemente en modalidad de atención instituciona y modalidad libre elección (MAI/MLE), como en la red privada, con la modalidad libre elección (MLE).

Intervenciones Quirúrgicas: Corresponde al conjunto de acciones de salud efectuadas a una persona, con fines diagnósticos y/o terapéuticos, utilizando alguna técnica quirúrgica, bajo algún tipo de anestesia, realizada por profesionales médicos, en un quirófano.

Intervenciones Quirúrgicas Principal: Corresponde a la intervención quirúrgica que motiva el ingreso de una persona a quirófano.

Intervenciones Quirúrgicas Secundaria: Corresponde a otras intervenciones quirúrgicas diferentes a la que motivó el ingreso de una persona al quirófano, y que es realizadas en el mismo tiempo quirúrgico, **por el mismo equipo de cirujanos.**

Cuando a un mismo paciente se le practiquen en un mismo tiempo quirúrgico en forma simultánea o sucesiva, dos o más intervenciones **por distintos equipos de cirujanos**, a través de las mismas o diferentes incisiones, corresponderá registrarlas como intervención quirúrgica principal.

Para aquellas intervenciones quirúrgicas donde es necesario retirar quirúrgicamente elementos de endoprótesis o de osteosíntesis, en la especialidad de traumatología, también correspondera registrarlas como intervención quirúrgica principal.

Como **excepción** para aquellas cirugías relacionadas a resolución de algún tipo de cáncer, se podrán registrar como " **cirugías primarias**", otras cirugías realizadas en el mismo tiempo quirúrgico, necesarias para la resolución integral. Bajo las siguientes circunstancias:

La cirugía es la extirpación del tumor y del tejido circundante durante una intervención quirúrgica

- Para diagnosticar el cáncer.
- Para extirpar parte o la totalidad de un cáncer o tumor.
- Para determinar dónde se encuentra el cáncer.
- Para determinar si el cáncer se ha diseminado o está afectando las funciones de otros órganos del cuerpo.
- Para recuperar el aspecto o las funciones del cuerpo.
- Para aliviar efectos secundarios.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores No Ambulatorias Electivas: Corresponde a una intervención quirúrgica que implica la entrada a cavidades normalmente estériles como peritoneo, pleura y/o cavidad ocular, que con lleva un mayor riesgo de sangrado y que requiere de sedación profunda, anestesia general o anestesia regional y que que por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente, su realización puede ser diferida en el tiempo.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores Ambulatorias Electiva: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que de acuerdo al diagnóstico y condición clínica de la persona, puede ser electiva. Se realiza en quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 23 horas. El período de observación post-operatoria debe ser realizado en una unidad destinada a este fin y no en una cama de dotación.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores Ambulatorias Urgencia: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que de acuerdo al diagnóstico y condición clínica de la persona, debe ser de urgencia. Se realiza en quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 24 horas. El período de observación post-operatoria debe ser realizado en una unidad destinada a este fin y no en una cama de dotación.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores No Ambulatorias Urgencia: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que de acuerdo al diagnóstico y condición clínica de la persona, debe ser de urgencia. Se realiza en quirófano y la recuperación del paciente es realizado una cama hospitalaria de dotación.

Procedencia de la solicitud: Refiere al lugar donde se realizó la indicación de la prestación.

Atención cerrada: Corresponde a las áreas de un establecimiento hospitalario, en régimen continuado de atención (24 horas) y que deben contar con recursos organizados de infraestructura, equipamiento y personal necesario para su funcionamiento permanente.[24]

Atención abierta: Corresponde a las áreas de un establecimiento hospitalario de diagnóstico o terapéuticos, en modalidad ambulatoria, y que no requieren de hospitalización. Estos deberán formar parte de un establecimiento de salud o ser dependencia anexa a consultas de profesionales.[25]

24 Norma Técnica Básica, Atención Cerrada, MINSAL.

25 Norma Técnica Básica, Atención Abierta, MINSAL.

Urgencia: Corresponde a las áreas de un establecimiento hospitalario destinadas a la entrega de una atención profesional en la cual el factor tiempo es decisivo para garantizar la eficacia de las medidas terapéuticas y para evitar complicaciones graves e incluso la muerte del paciente.

Producción intrahospital: Corresponde al número de actividades realizadas por el establecimiento y en particular para las intervenciones quirúrgicas, por cirujanos o anestesistas, fuera del horario normal, contratados en modalidad bajo las siguientes modalidades:

a. Por honorarios
b. Por convenios
c. Por consultores de llamada

Estas actividades deben estar incluidas en total MAI y MLE y no benficiarios según corresponda

Operativos: Es una modalidad de atención de carácter masivo, dada en un tiempo acotado, que reúne a la población en un lugar definido para ser atendido por médico especialista, que entrega prestaciones específicas. Se entregan prestaciones de modo extraordinario y no garantiza continuidad de los cuidados definidos para la patología correspondiente. Eventualmente requiere complementarse con seguimientos posteriores por los dispositivos formales de atención.

Compras de servicios realizadas al sistema: Corresponde a las prestaciones que un establecimiento dado, compra a otro establecimiento del SNSS, para ser otorgada a un beneficiario de su red.

Compras realizadas al extrasistema: Corresponde a las prestaciones que un establecimiento dado, compra a otro establecimiento no perteneciente del SNSS, para ser otorgada a un beneficiario de su red.

Ventas de servicios: Corresponde a prestaciones (exámenes ó procedimientos) realizados por el establecimiento a otros servicios o centros de salud tanto públicos como privados.

Nuevas prestaciones incorporadas a la atención abierta:

Se han incorporado una serie de prestaciones a la atención abierta para dar cuenta de la producción total de los establecimientos:

Consulta médica general (código 0101001 aranceles MLE): Es la atención profesional otorgada por un profesional Médico General, con título de Médico Cirujano General, es decir finaliza su formación de pre grado y no tiene formación de especialista.

Consultas de Urgencia en Hospitales de Baja Complejidad: Corresponde a la atención médica otorgada por un profesional Médico, en Hospitales de Baja Complejidad.

Consultas de especialidad en Hospitales de Baja Complejidad y establecimientos de APS: Corresponde a la atención médica otorgada por un profesional Médico especialista, en Hospitales de Baja Complejidad y establecimientos de APS.

Otras consultas Médicas de Especialidades: Corresponde a la atención médica otorgada por un profesional Médico especialista, cuya especialidad no está contenida, en los grupos del arancel FONASA.

Consulta Médica de Especialidad en Servicio de Urgencia: Corresponde a la atención médica de Urgencia, otorgada por un profesional Médico especialista, cuya especialidad no está contenida, en los grupos del arancel FONASA.

Definiciones operacionales:

1.- En el caso que existan unidades que dependan técnica y administrativamente de las Direcciones de Servicio y realicen prestaciones en otros establecimientos, las actividades serán consignadas en el REM que corresponda del establecimiento en que se realizó la actividad. Para efecto de facturación, deben ser registradas en el REM-B17 parte I, con el código de la Dirección de Servicio.

2.- Para la facturación de las prestaciones de Salud Mental, se debe tener en cuenta:

- En la prestación Consulta o Control por Psicólogo Clínico, se debe incluir la Consulta de Psicólogo Clínico de Especialidad, la Consulta de Salud Mental por psicólogo, la Psicoterapia Individual y el Psicodiagnóstico.
- En la consulta Psiquiatra, se debe incluir la prestación Psicoterapia Individual.
- En la Psicoterapia Grupal, se debe incluir la Psicoterapia Familiar.
- La actividad de Psiquiatría de Enlace está destinada a pacientes hospitalizados, por lo que no es facturable.

3.- Para efecto de Visita Domiciliaria enfermera, matrona o nutricionista, se deben incluir visitas realizadas por otros profesionales, incluyendo la educadora de párvulo, capacitada para realizar visita integral domiciliaria, con la excepción de la Asistente Social que tiene un código específico.

Regla de Consistencia:

R.1: El total de las columnas P – S – V- Y están contenidas en el total de la columna D.

REM B17

Los datos consignados en este REM, corresponden a la facturación por pago de prestaciones institucionales y actividades de apoyo diagnóstico y terapeútico, (parte I) y a la producción de prestaciones institucionales, modalidad libre elección y las no aranceladas, (parte II). En general, se generan automáticamente, a partir del REM B, y consta de las siguientes secciones:

Secciones del REM-B.17

PARTE I

Sección A:	**Atenciones Abiertas**
Sección B:	**Exámenes de Diagnóstico**
Sección C:	**Procedimientos de Medicina Nuclear, Ginecología, Obstetricia Y Ortopedia**
Sección D:	**Intervenciones Quirúrgicas**
Sección E:	**Atención Cerrada, Días de Hospitalización**
Sección F:	**Actividades Protección Específica**
Sección G:	**Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos**
Sección H:	**Programa Nacional de Drogas Antineoplasicas P.N.DA**
Sección I:	**Tratamiento Abreviado de la Tuberculosis**
Sección J:	**Traslado, Rescate y Rondas Rurales**
Sección K:	**Partos**
Sección L:	**Atención Odontológica**
Sección M:	**Hemodialisis**
Sección N:	**Trasplantes**
Sección O:	**Lentes, Audífonos**
Sección P:	**Medicina Transfusional**

PARTE II

Sección A: Exámenes de Diagnóstico

Sección B: Medicina Nuclear y Radioterapia

Sección C: Hemodialisis

Sección D: Intervenciones Quirúrgicas

Sección E: Intervenciones Quirúrgicas por Tipo de Intervención

Sección F: Amputación por Pie Diabético

Sección G: Procedimientos Médicos de Diagnóstico y Terapéuticos

Sección H: Misceláneos

Sección I: Prescripciones Administradas en Urgencia APS

Sección J: Actividades en Unidades de Farmacia Hospitalaria

Sección K: Otras Atenciones a Pacientes Ambulatorios

Sección L: Otros Traslados de Pacientes

Sección M: Exámenes de Tamizaje POINT OF CARE (SAR)

Sección N: Telemedicina

Sección O: Entrega de ayudas técnicas GES y NO GES a personas en el establecimiento.

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-B.17

Definiciones conceptuales:

PARTE I

Todas las secciones incluidas en la parte I poseen similar estructura, se desagregan por Total Beneficiarios (suma de beneficiarios atendidos en MAI y MLE) y columna para el registro de facturación por prestaciones institucionales.

PARTE II:

A diferencia de la parte I, las secciones contenidas en esta segunda parte, en su mayoría no poseen igual estructura, desagregándose en variables en dependencia de la producción a registrar.

Secciones con igual estructura de variables:

A. Exámenes de diagnóstico

B. Medicina nuclear y radioterapia

C. Hemodiálisis

Estructura de variables:

- Condición de previsión del beneficiario
- Procedencia de la solicitud (atención cerrada, abierta o de emergencia).
- Compras de Servicio realizadas al Sistema: Corresponde al registro de exámenes o procedimientos que el Establecimiento debe comprara otro establecimiento del SNSS.
- Compras de Servicio realizadas al Extra-sistema: Corresponde al registro de exámenes o procedimientos que el establecimiento deba comprar a establecimientos externos que no pertenecen al SNSS.

Ventas de Servicios: Corresponde al registro de exámenes o procedimientos realizados por el establecimiento a otros servicios o centros de salud tanto públicos como privados.

Definiciones operacionales:

Estructura de variables:

Compras de Servicio realizadas al Sistema: El registro de estas actividades, deberán ser incluidas en las columnas de actividades a beneficiarios, pues son realizadas en las instalaciones del establecimiento, fuera del horario normal de los profesionales ejecutantes.

Compras de Servicio realizadas al Extra-sistema: Estas actividades no se incluyen en las columnas de exámenes realizados, por no representar la producción propia del establecimiento.

Ventas de Servicios: Éstas prestaciones sólo tienen carácter estadístico para la medición de producción total, por lo tanto, debe ser incluida en las columnas total y no en la columna de beneficiario, aunque sean realizadas a éstos, dado que el establecimiento está facturando por otras vías.

Secciones A, B, C, G, H: Exámenes o procedimientos

Definiciones conceptuales:

En estas secciones se describen diferentes tipos de Exámenes de Laboratorio, Imagenología, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Radioterapia, Procedimientos de Ortopedia, de Hemodiálisis, de Diagnóstico, Terapéuticos y Misceláneos, que se registran según la caracterización de las variables descrita en el párrafo precedente de estructura general.

Secciones D, E Y F: Intervenciones Quirúrgicas

Definiciones conceptuales:

El registro de las Intervenciones Quirúrgicas se desagrega de la siguiente manera:

Principal: Corresponde registrar la intervención quirúrgica que motivo el ingreso de una persona a quirófano.

Secundaria: Corresponde registrar cuando en un mismo acto quirúrgico, se realizan otras intervenciones quirúrgicas, **por el mismo equipo de cirujanos.**

Intervenciones Quirúrgicas Mayores No ambulatorias Electivas: Corresponde a una intervención quirúrgica que implica la entrada a cavidades normalmente estériles como peritoneo, pleura y/o cavidad ocular, que conlleva un mayor riesgo de sangrado y que requiere de sedación profunda, anestesia general o anestesia regional y que que por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente, su realización puede ser diferida en el tiempo y la recuperación del paciente es realizado en cama de dotación.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores Ambulatorias Electiva: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que de acuerdo al diagnóstico y condición clínica de la persona, puede ser electiva. Se realiza en quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 24 horas. El período de observación post-operatoria debe ser realizado en una unidad destinada a este fin y no en una cama de dotación.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores Ambulatorias Urgencia: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que de acuerdo al diagnóstico y condición clínica de la persona, debe ser de urgencia. Se realiza en quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 24 horas. El período de observación post-operatoria debe ser realizado en una unidad destinada a este fin y no en una cama de dotación.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores No Ambulatorias Urgencia: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que de acuerdo al diagnóstico y condición clínica de la persona, debe ser de urgencia. Se realiza en quirófano y la recuperación del paciente es realizado en una cama hospitalaria de dotación.

Cirugía Menor: Corresponde a una intervención quirúrgica diagnóstica y/o terapéutica de baja complejidad y riesgo vital, con escasas complicaciones, realizada bajo anestesia local y mínima medicación pre-operatoria.

Procedimiento clínicos: Corresponde a prestaciones de salud, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos y/o terapéuticos, que implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.

Amputación por pie diabético: Se refiere a la Intervención Quirúrgica de Amputación, en las extremidades inferiores de un paciente, con diagnóstico de Diabetes Mellitus, con complicaciones circulatorias periféricas (pie diabético), de acuerdo a los siguentes niveles de amputación:

- Ortejos: Se refiere a la amputación de uno o más ortejos, y a nivel de metatarsos
- Pie completo: Ésta se refiere a la amputación infra o supracondílea.

La definiciones conceptuales de las otras variables incluidas en ésta sección, ya fueron definidas anteriormente.

Definiciones operacionales:

En estas secciones corresponde registrar las intervenciones quirúrgicas de acuerdo a sus diferentes clasificaciones, detalladas en las definiciones conceptuales.

Para las intervenciones quirúrgicas se requiere el registro de la modalidad de atención del paciente, MAI/MLE), y si no es beneficiario del fondo nacional de salud.

En la columna Cirugías Menores, se registra el total de cirugías menores realizadas por el establecimiento en el mes del informe, según tipo de intervención, debiendo considerar para el registro en forma general, aquellas cuyo código adicional sea menor a 5.

En las columnas “Compras realizadas al sistema”, se registran las intervenciones quirúrgicas realizadas por médicos contratados en modalidad honorarios a suma alzada en las especialidades para los que fueron contratados o por la modalidad de médicos de llamada. Las actividades deberán ser incluidas en las columnas de actividades a beneficiarios, pues son realizadas en las instalaciones del establecimiento, fuera del horario normal de los profesionales ejecutantes.

“Compra de Servicios al extra sistema” y “Venta de Servicios” son válidas las definiciones descritas para “Exámenes o procedimientos”.

En la sección E, intervenciones quirúrgicas por tipo de intervención, el registro de acuerdo al tipo de intervención para los < de 15 años y 15 años y más será de llenado automático desde el REMB.

Regla de Consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección I: Prescripciones administrada en urgencia APS.

Definiciones conceptuales:

Prescripciones administrada en urgencia APS: Corresponde a la prescripción de medicamentos que se administran al paciente en la atención del Servicio de Atención Primaria de Urgencia,(SAPU/SAR), indicados previamente por el profesional facultado en el establecimiento.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el(los) medicamento(s) que se administra(n) al paciente en la atención primaria de urgencia,(SAPU/SAR). Esta información se recoge del registro realizado en el Dato Atención de Urgencia.

No corresponde incluir en esta sección las prescripciones de medicamentos que no son administrados a pacientes atendidos en el establecimiento.

Regla de Consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección J: Actividades en unidad de farmacia hospitalaria.

Definiciones conceptuales:

Actividades en unidad de farmacia hospitalaria: Corresponde a las actividades que se realizan en los establecimientos del nivel secundario, que cuenten con farmacia a cargo de un químico farmacéutico, en la cual se elaboran los preparados farmacéuticos y la preparación de dosis unitaria.

La elaboración de preparados farmacéuticos son productos destinados a cubrir necesidades terapéuticas no encontradas en el mercado, ya sea derivada de su composición, presentación o dosis por forma farmacéutica. Se distinguen en preparados estériles y no estériles.

El envasado de formas farmacéuticas está destinado a la preparación de dosis unitaria para la administración a pacientes hospitalizados.

Preparado Farmacéutico: Producto farmacéutico que es elaborado en una farmacia que obedece a una prescripción médica.

Preparado Farmacéutico Estéril: Corresponde a preparados que deben elaborarse bajo condiciones que eviten su contaminación (esterilización, área contaminación controlada).

Preparado Farmacéutico No Estéril: Preparado que se ejecuta en una farmacia en condiciones habituales del área de Preparaciones/producción Por ejemplo.: Antisépticos, Desinfectantes y sus diluciones; readecuación de formas farmacéuticas; preparados de uso dérmico, etc.

Dosis Unitaria Preparada: Envase de un medicamento que contiene solo la cantidad necesaria para una administración.

Definiciones operacionales:

Deben registrar todos los establecimientos del nivel secundario que cuenten con farmacia a cargo de un químico farmacéutico, en la cual se elaboran los preparados farmacéuticos y la preparación de dosis unitaria.

Regla de Consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección K: Otras atenciones a pacientes ambulatorios.

Definiciones conceptuales

Atención por Terapeuta Ocupacional: Corresponde a la prestación de salud que incluye por sesión los procedimientos terapéuticos que realiza el (la) Profesional Terapeuta Ocupacional, a un paciente, con indicación médica para dicho tratamiento.

Atención por Kinesiólogo (No SAPU): Corresponde a la realización de procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación o Kinesioterapia, realizados, por indicación médica, por el (la) profesional Kinesiólogo(a) a un paciente.

Atención por Educadora de Párvulo/Diferencial: Corresponde a procedimientos de estimulación a niños(as) diagnosticados con rezago, riesgo o retraso en su desarrollo psicomotor, los que consideran como por ejemplo: aplicación de instrumentos de evaluación de desarrollo psicomotor , reuniones de planificación, entrevista diagnostica, sesiones individuales con los padres y/o cuidadores, sesiones individuales con niñas y niños, visitas domiciliarias integrales, talleres para padres y/o cuidadores, entre otras.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número de sesiones de los procedimientos que realiza el Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo o Educadora de Párvulos a pacientes ambulatorios, según grupos de edad y beneficiarios.

Los procedimientos realizados por kinesiólogo(a) en salas IRA-ERA o Mixta deben ser registrados en REM-A23.

Los procedimientos realizados por kinesiólogo(a) en salas de rehabilitación o espacios físicos habilitados para rehabilitación según Programa, deben ser registrados en REM-A28.

Nota: La facturación de la atención de kinesiólogos y Terapeutas Ocupacionales está dirigida a pacientes ambulatorios, para tratamientos que se realizan en atención abierta.

Regla de Consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección L: Otros traslados de pacientes.

Definiciones conceptuales:

Traslado no de Urgencia: Es aquel traslado de pacientes que no requiere una atención de urgencia, ya sea urbano o rural según definiciones de la Red Asistencial. Este traslado puede ser por Ambulancia, Marítimo y Aéreo.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de pacientes trasladados NO de Urgencia, según tipo de transporte, que puede ser Ambulancia, Marítimo y Aéreo. Si este traslado es realizado por un oferente externo del sistema, mediante la compra de servicio, se debe especificar en la columna compra de servicios el número de traslados en esta condición.

Regla de Consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección M: Exámenes de tamizaje point of care (SAR)

Definiciones conceptuales:

Examenes de tamizaje: Esta actividad está incorporada en la cartera de servicios en la urgencia del nivel primario, denominado Servicio de Alta Resolución (SAR), y correspondea la realización de tamizajes a través del instrumento Point of Care (sus siglas en inglés POC)

Point of Care: se refiere a un método de pruebas médicas en el cual se capturan los datos y se obtienen los resultados dentro de un periodo breve, desde que se someten al análisis las tomas de muestra de sangre, para ser interpretados oportunamente, por el profesional sanitario que administra la prueba.

Cartridge para Troponina: Determinación de Enzimas Cardiacas: Troponina en sangre.

Cartridge Múltiple: Determinacion Hematocritos, Hemoglobina, ELG, Creatinina en sangre[26]

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de examenes realizados con el método Point of Care, según tipo.

Regla de Consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección N:Telemedicina

Solicitudes:

Nº de exámenes radiológicos simples: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes radiológicos simples, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o con los que se realizan convenios.

Nº de otros exámenes radiológicos complejos: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes radiológicos complejos, realizado por establecimientos de atención ambulatoria de especialidades, Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Hospitales de mediana y alta complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Tele-electrocardiogramas: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes de electrocardiograma, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Radiografías Osteopulmonares: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes radiológicos osteopulmonares, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Radiografías Odontológicas: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes radiológicos odontológicos, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Tomografías de Urgencia y UPC: Corresponde a la petición de informe diagnóstico de tomografías de urgencia o Unidades de Pacientes Críticos, realizado por establecimientos alta complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Los establecimientos de APS y hospitales de menor complejidad que realicen las solicitudes a la Red Asistencial (Establecimientos de Alta complejidad) deberán registrar en INSTITUCIONAL, independiente de la forma en que la Red Asistencial resuelva la solicitud (institucionalmente o por compra de servicio).

Para aquellos que “soliciten” informes diagnóstico de los exámenes al Extra sistema, como iniciativa local, deberán registrar en la columna “Compra de Servicio o Convenio”.

Emisiones de Informes (uso exclusivo de Establecimiento de Mayor Complejidad)

Elaboración de informe realizada por establecimientos de mayor complejidad o gestionada por éstos a través de compra de servicio. Estos entregan resultados para exámenes radiológicos simples, complejos, tele-electrocardiogramas, radiografías osteopulmonares, radiografías odontológicas, tomografías de Urgencia y Unidad de Pacientes Críticos (UPC).

En el caso de los establecimientos de alta complejidad que no cuentan con la tecnología de telemedicina, y compran el Extra sistema la emisión de informes para resolver la demanda de los establecimientos de su red, deberán registrar en la sección de “Emisión de Informes” en la columna “Compra de Servicio o Convenio”.

Sección O: Entrega de ayudas técnicas GES y No GES, a personas menores de 65 años y más de 65 años en el establecimiento

Definiciones conceptuales:

Esta sección incluye el total de ayudas técnicas (bastones, andadores, andadores de paseo, cojines antiescaras, colchones antiescaras, sillas de rueda y lentes indicados por presbicia) entregadas por el establecimiento en el marco del cumplimiento de las Garantías Explícitas de Salud (GES) y no GES a menores de 65 años.

Definiciones operacionales:

Sección O: Corresponde registrar el total de ayudas técnicas GES entregadas en el establecimiento a adultos mayores de 65 años de edad y no GES a menores de 65 años.

Regla de Consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

REM 2017

SERIE BM

DEIS
Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

REM-BM18

Este REM es de uso exclusivo de establecimientos municipales, o de entidades públicas o privadas con las cuales los Servicios de Salud o FONASA, hayan celebrado un convenio, que establece que el financiamiento es por población a cargo.

En él se incluye el detalle de todas las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que se realizan en establecimientos de atención primaria municipal y son de llenado automático desde el REM BM 18A.

Secciones del REM-BM 18

Sección A: **Exámenes de diagnóstico**

Sección B: **Procedimientos de apoyo clínico y terapéutico**

Sección C: **Intervenciones quirúrgicas menores (sub grupo tegumentos)**

Sección D: **Intervenciones quirúrgicas menores por edad**

Sección E: **Misceláneos**

Sección F: **Otros exámenes y procedimientos de apoyo clínico y terapéutico**

Sección G: **Otros procedimientos**

Sección H: **Otros traslados de pacientes**

Sección I: **Entrega de ayudas técnicas GES, a personas en el establecimiento**

Definiciones Operacionales Secciones del REM-BM.18

Secciones con igual estructura de variables:

Sección A: **Exámenes de Diagnóstico.**

Sección B: **Procedimiento de apoyo clínico y terapéuticos.**

Sección C: **Intervenciones Quirúrgicas Menores (sub. Grupo tegumentos)**

Sección D: **Intervenciones Quirúrgicas Menores por edad**

Sección E: **Misceláneos.**

Exámenes o Procedimientos: En estas secciones se describen diferentes tipos de Exámenes y Procedimientos, y es realizado en la modalidad de SAPU o No SAPU.

Secciones A-B y C: Exámenes de Diagnóstico, Procedimiento de apoyo clínico y terapéuticos y Intervenciones Quirúrgicas Menores (sub. Grupo tegumentos)

Definiciones operacionales:

Total: presenta el total de exámenes o procedimientos efectuados en el mes del informe, tanto a beneficiarios como no beneficiarios de la ley 18.469, en el nivel de atención SAPU y No SAPU.

SAPU/SUR: Consigna el número de exámenes o procedimientos efectuados en establecimientos, en el mes del informe, a beneficiarios y no beneficiarios de la ley18.469, en el nivel de atención SAPU.

No SAPU/SUR: Corresponde el registro de las actividades realizadas en los Establecimientos No SAPU, al total de beneficiarios y no beneficiarios.

La intervención Quirúrgica Menor, incluye el registro de una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas.

Protocolizar la cirugía menor ayuda a reducir la tasa de derivación a la atención especializada, resta el tiempo de espera y aumenta la actividad y la capacidad resolutiva de la atención primaria.

En esta sección se detallan las Intervenciones Quirúrgicos menores realizadas en establecimientos SAPU y No SAPU.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Intervenciones quirúrgicas menores por edad.

Definiciones operacionales:

En esta sección el registro contempla las intervenciones quirúrgicas realizadas en el nivel de atención SAPU y No SAPU, según Grupos de Edad, < de 15 años y > 15 años.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Misceláneos

Definiciones operacionales:

En esta sección se describen diferentes tipos de prestaciones comprende Curación simple ambulatoria, auto cuidado de pacientes DID, Oxigenoterapia domiciliaria y procedimientos de podología.

Procedimientos de Podología: Corresponde a una prestación de salud, realizada por podólogo que incluye por sesión todas las actividades destinadas a la prevención y tratamiento de las complicaciones de pie diabético u otros.

Oxigenoterapia en Domicilio: Es la administración de oxígeno en el domicilio a pacientes estables en situación de insuficiencia respiratoria crónica.

Algunas enfermedades pulmonares o de otra causa disminuyen la concentración sanguínea de oxigeno requiriendo para su tratamiento el uso de técnicas de terapia respiratoria, con provisión de Oxigeno. La aplicación de gran parte de estos tratamientos se desarrolla en el medio hospitalario, pero en ocasiones, puede efectuarse en el propio domicilio del paciente, siempre y cuando tengan las condiciones clínicas y domiciliarias necesarias.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F: Prescripciones administradas en urgencia APS.

Definiciones operacionales:

Corresponde el(los) medicamento(s) que se administra(n) al paciente en la atención de SAPU o Atención Ambulatoria en Servicio de Urgencia, prescrito(s) previamente por el profesional facultado en el registro de “Dato Atención de Urgencia”.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección G: Otras atenciones a pacientes ambulatorios.

Definiciones operacionales:

Atención por Terapeuta Ocupacional: Corresponde a la prestación de salud que incluye por sesión los procedimientos terapéuticos que realiza el (la) Profesional Terapeuta Ocupacional a un paciente, con prescripción médica de dicho tratamiento.

Atención por Kinesiólogo (No SAPU): Corresponde a la realización de procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación o Kinesioterapia realizados, por prescripción médica, por el (la) profesional Kinesiólogo(a) a un paciente.

Atención por Educadora de Párvulo/Diferencial: Corresponde a procedimientos de estimulación a niños(as) diagnosticados con rezago, riesgo y retraso en su desarrollo psicomotor, los que consideran como por ejemplo, aplicación de instrumentos de evaluación de DSM, reuniones de planificación, entrevista diagnostica, sesiones individuales con los padres y/o cuidadores, sesiones individuales con niñas y niños, visitas domiciliarias integrales, talleres para padres y/o cuidadores, entre otras.

Corresponde registrar el número de sesiones de los procedimientos que realiza el Terapeuta Ocupacional, el Kinesiólogo y la Educadora de Párvulos a pacientes ambulatorios, según grupos de edad. Los procedimientos realizados por kinesiólogo(a) en Salas IRA-ERA o Mixta deben ser registrados en REM-A.23.

Los procedimientos realizados por kinesiólogo(a) en Salas de Rehabilitación o espacios físicos habilitados para Rehabilitación según Programa, deben ser registrados en REM A28.

En el caso de Postas de Salud Rural, en las que se ha contratado Educadoras de Párvulos, y realizan ingreso a Salas de Estimulación, deberán ser registradas en sección F del REM A05.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección H: Otros traslados de pacientes

Definiciones operacionales:

Traslado no de Urgencia: Es aquel traslado de pacientes NO de Urgencia, ya sea urbano o rural según definiciones de la Red Asistencial. Este traslado puede ser por vía terrestre (ambulancia), aérea o marítima.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección I: Entrega de Ayudas Técnicas GES a personas en el establecimiento.

Definiciones conceptuales:

Esta sección incluye el total de ayudas técnicas (bastones, andadores, andadores de paseo, cojines antiescaras, colchones antiescaras, sillas de rueda y lentes indicados por presbicia) entregadas por el establecimiento en el marco del cumplimiento de las Garantías Explícitas de Salud (GES).

Definiciones operacionales:

Se registra el total de ayudas técnicas GES entregadas en el establecimiento a adultos mayores de 65 años de edad.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

BM-18A: Libro de Prestaciones de Apoyo Diagnostico y Terapéutico

Secciones REM-BM.18

Sección A: **Exámenes de diagnóstico y exámenes de imagenología**

Sección B: **Procedimientos de apoyo clínico y terapéutico**

Sección C: **Intervenciones quirúrgicas menores**

Sección D: **Misceláneos**

Sección E: **Otros exámenes y procedimientos de apoyo clínico y terapéutico (sin código en arancel)**

Definiciones Conceptuales y Operacionales secciones de REM-BM.18A

Este REM es para uso exclusivo de los establecimientos que integran el sistema nacional de servicios de salud, sean dependientes del ministerio de salud o entidades públicas o privadas con las cuales los servicios de salud o el Fonasa hayan celebrado convenio que establezca que el financiamiento es por prestaciones otorgadas.

Este REM incluye el detalle de todas las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que se realizan en establecimientos de atención primaria municipal y constituyen la base para el REM- B18.

Los exámenes que se realizan en establecimientos municipales, registrados en la Serie A, Exámenes Bacteriológicos Programa Tuberculosis, Exámenes de Pesquisa de Enfermedades Transmisibles, se deben detallar en REM BM 18A, con fines estadísticos, en la modalidad de SAPU, NO SAPU aquellos exámenes procesados en laboratorios del establecimiento, o compra de servicio, para los exámenes procesados en establecimientos del Intra o Extrasistema, según corresponda.

Incluye:

Cada una de las actividades descritas en este REM, se clasifican según sean realizadas en Establecimientos SAPU y No SAPU.

Sección A: Exámenes de diagnóstico y exámenes de imagenología

Definiciones operacionales:

Total: presenta el total de exámenes o procedimientos efectuados en el mes del informe, tanto a beneficiarios como no beneficiarios de la ley 18.469, en el nivel de atención SAPU y No SAPU.

SAPU Total: Consigna el número de exámenes o procedimientos efectuados en establecimientos, en el mes del informe, a beneficiarios y no beneficiarios de la ley18.469, en el nivel de atención SAPU.

No SAPU Total: Corresponde el registro de las actividades realizadas en los Establecimientos No SAPU, al total de beneficiarios y no beneficiarios.

Compra de Servicios: Corresponde el registro de todas aquellas actividades realizadas a través de Compra de Servicios tanto a establecimientos del Sistema como a Centros no pertenecientes al SNSS.

En las secciones B, C, D y E: Además de registrar en los SAPU y NO SAPU, se bebe registrar por funcionario es decir Medico u Otro.

En la compra de Servicio va el registro de todas las actividades que no están incluidas como producción del establecimiento.

Existen dos prestaciones que se realizarán en los SAR y que no poseen codificación FONASA. Estos exámenes serán realizados con Point of Care por sus siglas en inglés (POC), se refiere a un método de pruebas médicas donde se capturan los datos y se intepretan los resultados poco tiempo después por el profesional sanitario que administra la prueba.

Cartridge para Troponina: Determinación de Enzimas Cardiacas: Troponina en sangre Cartridge Múltiple: Determinacion Hematocritos, Hemoglobina, ELG, Creatinina en sangre 18.

Definiciones Complementarias Serie A -BM-BS

(Por Orden Alfabético)

Compra De Servicios: Corresponde a todas aquellas actividades realizadas a través de Compra de Servicios tanto a establecimientos del Sistema como a Centros no pertenecientes al SNSS.

Determinantes Sociales: son las acciones realizadas por determinados grupos sociales, como Donación Altruista o Repetida de Sangre y el Programa Chile Crece Contigo.

Donante: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud o servicio de sangre con atención de donantes, a donar sangre. Se pueden separar entre:

- Altruista Nuevo: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.

Altruista Repetido: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.

Determinantes Sociales: Son las acciones realizadas por determinados grupos sociales, como Donación Altruista o Repetida de Sangre y el Programa Chile Crece Contigo.

Donante: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud o servicio de sangre con atención de donantes, a donar sangre. Se pueden separar entre:

- Altruista Nuevo: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.
- Altruista Repetido: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.

Egresos: Corresponde al total de personas que dejan de controlarse en algún programa específico de salud, ya sea por alta, fallecimiento o abandono de programa.

Emergencia: Se entenderá aquella atención de salud no postergable, definida así, por el equipo médico a partir de la aplicación de criterios clínicos.

EMP: Exámen Medicina Preventiva

Espacios Amigables: Se refiere a espacios físicos agradables, atractivos y cercanos a los/las adolescentes, con características que aseguren su accesibilidad, en cuanto a horarios diferidos de atención, tiempos de espera, gratuidad, respetando la cultura, la diversidad y sin discriminación, facilitando además la participación de adolescentes y su empoderamiento. Con profesionales que tengan competencias para la atención de esta población.

Facilitador Intercultural: El facilitador (o amuldungufe) se trata de una persona, funcionaria, mapuche, cuyo rol es acercar y hacer comprensibles la relación entre ambos mundos – el institucional y el indígena - con el objetivo de proveer servicios de salud acordes a la realidad social y cultural de los pueblos, cuestión que a su vez contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Además de ser un aporte directo en la comprensión cultural de las necesidades de salud de la población usuaria indígena desde el sistema de salud público, es un experto en salud indígena y puede entregar asesoría en la temática.

Grupos de Pesquisa: Se refiere a los grupos objetivos en los cuales se realiza pesquisa o detección según normativa vigente y son definidos por el Programa.

Inasistentes: Corresponde a las personas que no han asistido a sus citaciones en el mes informado.

Ingresos: Corresponde al número de personas que ingresan por primera vez a programas de salud (incidencia), que tiene por finalidad dar protección y promoción de una vida saludable a la población, y por otra parte a programas de control y seguimiento de pacientes con alguna enfermedad o problema de salud.

Migrantes: Se entenderá por persona migrante aquella que registra nacimiento fuera de Chile.

Pueblos Originarios: Se entenderá por persona perteneciente a pueblos originarios aquella que voluntariamente declara pertenencia a alguno de los 9 pueblos indígenas, respondiendo a la pregunta "¿Se considera perteneciente a algún pueblo originario (indígena)?"

TRANS: Se entenderá por persona TRANS aquella que teniendo un determinado sexo biológico se comporta, se viste o se identifica con el sexo opuesto. En esta definiciones se incluye a las personas:

- **Transgéneros:** "Personas que fueron asignadas a un sexo al nacer en base a sus genitales, pero que sienten que esta es una descripción falsa o incompleta de ellos mismos." Estas personas se identifican con el género diferente al que culturalmente se asocia al sexo corporal de origen. (Ejemplo una persona nace con genitales de hombre pero se siente mujer)

- **Travestis:** individuo utiliza prendas socialmente asignadas al género opuesto, es decir, se identifica mejor con la moda del género opuesto que con la moda del género propio.

- **Transexuales:** individuo se identifica, desea vivir y ser aceptado como una persona del sexo opuesto a su género biológico

Traslados: se refieren a las personas que se movilizan de un establecimiento a otro de la red, del mismo Servicio de Salud u otro, para continuar con su tratamiento. Generalmente, se produce por cambio de domicilio. En el caso de los establecimientos que reciben personas trasladadas, No deberán contabilizar para efectos de este REM el ingreso al establecimiento, ya que la persona trasladada no constituye un nuevo ingreso al Programa. De la misma manera, el establecimiento que traslada a la persona, no debe contabilizar para efectos de este REM, el egreso del establecimiento, ya que la persona no ha dejado el programa, solo cambia lugar de atención.

UAPO: Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. Las UAPO, ubicadas de preferencia en establecimientos de la atención primaria, mejoran la capacidad resolutiva de la Red Asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y Resolutividad con la calidad técnica potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, pertinencia diagnóstica y de derivación, enmarcada en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

Urgencia: Se entenderá como la solicitud demandada por la población a partir de la percepción de que la atención de su problema de salud no puede ser pospuesta.

VIF : Violencia Intra Familiar

REM 2017

SERIE D

DEIS
Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

REM-D.15: Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

El PNAC es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen alimentos destinados a la población infantil menor a 6 años, gestantes y madres que amamantan, así como a la población menor a 25 años con diagnóstico de error innato del metabolismo.

La entrega de productos a los beneficiarios, se realiza principalmente a través de establecimientos de la red de Atención Primaria de Salud (APS) y en aquellos establecimientos extrasistema que cuenten con convenio vigente con el Ministerio de Salud. Los beneficiarios de este programa, puede ser clasificados de dos maneras:

Intrasistema: Corresponde a beneficiarios del FONASA que estén inscritos en alguno de los establecimientos de Atención Primaria de Salud de la Red de Salud Pública de Chile.

Extrasistema: Corresponde a las personas afiliadas a alguna Institución de Salud Previsional (ISAPRE), a algún sistema de salud de las fuerzas armadas, seguridad y de orden (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Carabineros, Gendarmería y Policía de Investigaciones) o que siendo beneficiarios del FONASA, se atiendan por Modalidad Libre Elección.

Secciones del REM-D.15

Sección A: **PNAC- Cantidad distribuida (Kg) a personas Intrasistema.**

Sección B: **PNAC- Número de personas Intrasistema que retiran.**

Sección C: **PNAC-Cantidad distribuida (Kg) a personas Extrasistema (incluye Modalidad Libre Elección).**

Sección D: **PNAC- Número de personas Extrasistema que retiran.**

Sección E: **Existencia y movimiento total de productos (Intrasistema y Extrasistema).**

Sección F: **Número de reevaluaciones antropométricas a población del Extrasistema**

Sección G: **PNAC- Errores Innatos del Metabolismo (EIM) - Cantidad distribuida (kg)**

Sección H: **PNAC- Errores Innatos del Metabolismo (EIM) - Personas que retiran**

Sección I: **Existencia y movimiento total de productos (Errores Innatos del Metabolismo)**

Definicion Conceptuales y Operacionales del REM-D.15

Sección A: PNAC- Cantidad distribuida (Kg) a personas Intrasistema

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la cantidad de productos entregados a los beneficiarios Intrasistema del PNAC para los subprogramas Básico, Refuerzo y Prematuros Extremos, así como el Piloto del Subprograma de Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca.

Subprogramas y productos: Corresponde a la categorización que se realiza desde el ámbito del estado nutricional del beneficiario, o del tipo de patología, según sea el caso. Esta clasificación se vincula al grupo etario o condición fisiológica (embarazo y lactancia), con lo que se determina el tipo de producto, la cantidad y la frecuencia en que se entrega el producto.

De acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica, los subprogramas y sus respectivos productos son los siguientes:

- Basico: Corresponde al subprograma que beneficia a los niños hasta los 5 años 11 meses 29 días, gestantes y madres que amamantan, con estado nutricional normal, sobrepeso u obesidad. Este subprograma considera la entrega de Leche Purita Fortificada, Purita Cereal, Purita Mamá o Fórmula de Inicio, de acuerdo a la tabla siguiente:

Tabla 1: Esquema de distribución PNAC Básico (kg / mes)

Alimentos (kg entregados por mes)	Gestante (Normal, sobrepeso u obesa)	Madre con hijo 0 - 5 meses 29 días			Niño/a 6-11 meses 29 días	Niño/a 12-17 meses 29 días	Niño/a 18-23 meses 29 días	Niño/a 24-71 meses 29 días
		Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna predominante o fórmula predominante	Fórmula exclusiva				
Purita Mamá	1	2	1	0	0	0	0	0
Leche Purita Fortificada	0	0	1	2	2	2	0	0
Purita Cereal	0	0	0	0	0	0	2	1*

* Entrega de Purita Cereal será cada dos meses (solo para PNAC básico).

Para el caso de la fórmula de inicio (exclusivamente para establecimientos que formen parte del piloto), el esquema está determinado por Protocolo Minsal.

- Refuerzo: Corresponde al subprograma que beneficia a menores hasta 5 años 11 meses 29 días, con riesgo de desnutrir o desnutridos según norma ministerial vigente; y a gestantes bajo peso y madres que amamantan que terminaron su gestación bajo peso. Considera la entrega de Leche Purita Fortificada, Purita Cereal, Mi Sopita, Purita Mamá y Fórmula de Inicio, de acuerdo a las tablas siguientes:

Tabla 2: Esquema de distribución PNAC Refuerzo, madre e hijo / a 0 a 5 meses 29 días (kg / mes)

Productos	LME	LMP		FP			FE		
	0-5 meses 29 días	0-2 meses 29 días	3-5 meses 29 días	0-2 meses 29 días	3-4 meses 29 días	5-5 meses 29 días	0-2 meses 29 días	3-5 meses 29 días	5-5 meses 29 días
Purita Mamá	3	2	2	2	2	2	1	0	0
Leche Purita Fortificada	0	1	2	2	3	3	2	3	3
Mi Sopita	0	0	0	0	0	1	0	0	1

Tabla 3: Esquema de distribución del PNAC Refuerzo, gestantes y menores de 6 a 71 meses (kg / mes)

Productos	Gestante Bajo Peso	Menores entre 6-11 meses	Menores entre 12-17 meses	Menores entre 18-71 meses
Purita Mamá	3	--	--	--
Leche Purita Fortificada	--	3	2	--
Purita Cereal	--	--	--	2
Mi Sopita	--	2	2	2

Para el caso de la fórmula de inicio (exclusivamente para establecimientos que formen parte del piloto), el esquema está determinado por Protocolo Minsal.

- Prematuros extremo: Corresponde al subprograma que otorga alimentos adecuados para menores con peso de nacimiento menor o igual a 1.500g; o menos de 32 semanas de gestación, hasta que cumplen un año de edad corregida de acuerdo a normativa ministerial vigente. considera la entrega de Fórmula de Prematuros, Fórmula de Continuación, Leche Purita Fortificada y Mi Sopita, de acuerdo a las tablas siguientes.

Tabla 4: Esquema de distribución PNAC prematuros extremos de 0 a 11 meses 29 días de edad gestacional corregida.

Edad gestacional corregida	PN* 1000g - 1500g o < 32 semanas	PN* <1000g o entre 1000g - 1500g con DPB**
Alta hospital - 5 meses 29 días	Fórmula prematuros	Fórmula prematuros
6 meses - 11 meses 29 días	Fórmula de continuación	Fórmula prematuros

* PN: Peso de Nacimiento
** DBP: Displasia Broncopulmonar

Tabla 5: Esquema de distribución mensual del PNAC Prematuros Extremos, según condición de lactancia y edad gestacional corregida.

Condición de Lactancia	Alta - 39 semanas +6 días	40 semanas - 5 meses 29 días	6 - 11 meses 29 días con DBP** o PN* <1000g	6 meses a 11 meses 29 días sin DBP** y PN* 1000g - 1500g
Lactancia Materna Exclusiva	--	--	--	--
Lactancia Materna Predominante	1,5 kg F. Prematuros	2 kg F. Prematuros	3 kg F. Prematuros	3 kg F. Continuación
Fórmula Predominante	3 kg F. Prematuros	4 kg F. Prematuros	3 kg F. Prematuros	3 kg F. Continuación
Fórmula Exclusiva	3 kg F. Prematuros	4 kg F. Prematuros	3 kg F. Prematuros	3 kg F. Continuación

* PN: Peso de Nacimiento
** DBP: Displasia Broncopulmonar

Alergia a la proteína de la leche de vaca (en fase de piloto ampliado): Corresponde a un piloto que se está desarrollando en todo el país y considera la entrega de fórmulas especialmente adaptadas para menores a 2 años con diagnóstico de alergia a la proteína de leche de vaca. considera la entrega de Fórmula Extensamente Hidrolizada y Fórmula Aminoacídica, de acuerdo a las necesidades específicas de cada menor establecidas por prescripción médica.

Definiciones operacionales:

En cada uno de los cuatro subprogramas se debe completar con la cantidad de producto distribuido durante el mes, considerando que la unidad de medida es kilogramo (kg), incluso para las fórmulas lácteas que vienen en tarros. En este caso se considera dos decimales, para representar el contenido del producto.

Las celdas de color anaranjado en las filas de Leche Purita Fortificada deben usarse, exclusivamente, para registrar la entrega de este producto para casos confirmados de enfermedad celíaca, confirmada por especialista según Guía Clínica MINSAL.

Se debe tener en consideración que las mujeres con hijos menores a seis meses son beneficiarias en sí mismas, por lo tanto, pueden pertenecer al Subprograma Básico o Refuerzo, independiente del subprograma al que pertenezca su hijo/a. En este sentido, en las celdas de las columnas “Madre con hijo/a menor a 6 meses” deben ser registradas sólo las cantidades de Purita Mamá.

Sección B: PNAC- Número de personas Intrasistema que retiran

Definiciones conceptuales:

Corresponde al número de personas Intrasistema que han retirado productos en el mes, según grupo programático y subprograma y que debe estar en concordancia con las cantidades de producto registrados en la Sección A. De este total de personas que retiran alimentos, se debe registrar, en caso que corresponda, el número de personas que retiran alimentos y que pertenecen a algún otro programa social.

Grupos Programáticos:

Menores a 6 años: Cada menor a seis años, de acuerdo a su estado nutricional o condición de salud, puede pertenecer a un subprograma (Básico, Refuerzo, Prematuros Extremos o Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca (en estapa Piloto)).

Gestantes: Las gestantes, de acuerdo a su estado nutricional, pueden pertenecer excluyentemente al Subprograma Básico o al Refuerzo.

Madre con hijo/a menor a 6 meses: La madre con hijo/a menor a seis meses puede pertenecer al Subprograma Básico o Refuerzo, de acuerdo al estado nutricional con el que terminó su embarazo y la condición de lactancia en la que se encuentre. La madre es una beneficiaria en sí misma, por lo tanto, el subprograma al que pertenece es independiente del que pertenece su hijo/a.

Definiciones operacionales:

Menores a 6 años: Se debe registrar el total de menores que retiran productos en el mes, para cada uno de los cuatro subprogramas, de acuerdo a los esquemas de distribución especificados en la Sección A. Se debe registrar, además, el número de menores que pertenecen a algún programa social, habiéndolos sumados previamente en cada uno de los subprogramas respectivos.

Gestantes: Se debe registrar el total de gestantes que retiran productos en el mes, para los Subprogramas Básico y Refuerzo, de acuerdo a los esquemas de distribución especificados en la sección A. Se debe registrar, además, el número de gestantes que pertenecen a algún Programa Social, habiéndolas sumado previamente en cada uno de los subprogramas respectivos.

Madre con hijo/a menor a 6 meses: Se debe registrar el total de madres con hijos/as menores a seis meses que retiran productos en el mes, para los subprogramas básicos y refuerzo, de acuerdo a los esquemas de distribución especificados en la sección A. Se debe registrar, además, el número de madres que pertenecen a algún programa social, habiéndolas sumados previamente en cada uno de los subprogramas respectivos.

Regla de consistencia:

R.1: Verificar que la Sección B, sea consistente con la sección A, teniendo presente que según Norma Técnica existe un esquema de distribución establecido para cada grupo programático según subprograma. De esta forma, cada beneficiario recibe mensualmente una cantidad de productos preestablecida, por lo tanto multiplicando este valorpor el número de beneficiarios se debe obtener la cantidad total de productos entregados.

Sección C: PNAC- Cantidad distribuida (kg) a personas Extrasistema.

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la cantidad de productos entregados en el mes a los beneficiarios extrasistema del PNAC para los subprogramas Básico, Refuerzo y Prematuros Extremos. En el caso del piloto del Subprograma de Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca, de acuerdo al Protocolo vigente, corresponde en forma exclusiva a aquellos menores que pertenezcan a algún sistema de salud de las fuerzas armadas, seguridad y de orden (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Carabineros, Gendarmería y Policía de Investigaciones).

Definiciones operacionales:

Corresponden a las establecidas en la sección A.

Sección D: PNAC- Número de personas extrasistema que retiran

Definiciones conceptuales:

Corresponde al número de personas extrasistema que han retirado productos en el mes, según grupo programático y subprograma y que debe estar en concordancia con las cantidades de producto registrados en la sección C.

La descripción de los grupos programáticos es la establecida en la sección B.

Definiciones operacionales:

Corresponden a las establecidas en la sección B.

Regla de consistencia:

R.1: Verificar que las sección D sea consistente con la sección C, teniendo presente que según Norma Técnica existe un esquema de distribución establecido para cada grupo programático y subprograma. De esta forma, cada beneficiario recibe mensualmente una cantidad de productos preestablecida, por lo tanto, multiplicando este valor por el número de beneficiarios se debe obtener la cantidad total de productos entregados.

Sección E: Existencia y movimiento total de productos

Definiciones conceptuales:

Esta sección permite relacionar el movimiento de productos que ingresan y egresan durante el mes, con el fin de mantener un adecuado control de existencias y proyectar el requerimiento de abastecimiento mensual del establecimiento.

Definiciones operacionales:

Para cada producto, se debe registrar:

Saldo del mes anterior: Corresponde al total de existencias que quedó en bodega al finalizar el mes anterior, para cada producto de los Subprogramas Básico, Refuerzo, Prematuros Extremos y el Piloto de Alergia a la Proteína de Leche de Vaca del PNAC, según corresponda. Para todos los productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).

Ingresos: De acuerdo a diferentes orígenes

- Planta: Para cada producto se debe registrar la cantidad total que se recibió durante el mes desde el proveedor o bodega de la CENABAST, ya sea por programación o reposición. Para todos los productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).

- Por traspaso: Para cada producto se debe registrar la cantidad total que se recibió durante el mes desde otros establecimientos. Para todos los productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).

Total dISPonible: Corresponde a la sumatoria del “Saldo del mes anterior” y los “Ingresos” (de planta y por traspaso).

Egresos: Corresponde a la cantidad total por producto (en kilogramos) que se distribuyó en el mes a los beneficiarios del PNAC, según su clasificación:

Distribuido intrasistema: Corresponde a la cantidad total por producto (en kilogramos) que se distribuyó en el mes a los beneficiarios intrasistema del PNAC.

Distribuido extrasistema: Corresponde a la cantidad total por producto (en kilogramos) que se distribuyó en el mes a los beneficiarios extrasistema del PNAC.

Distribuido total: Corresponde a la cantidad total por producto (en kilogramos) que se distribuyó en el mes al total de beneficiarios del PNAC (sumatoria de intrasistema y extrasistema).

Mermas (incluye faltantes): Corresponde a la cantidad de productos (en kilogramos) que están mermados. Una merma se define como un alimento que ha perdido sus condiciones de aptitud para el consumo humano y que, por lo tanto, no puede ser distribuido a los beneficiarios. Las causas pueden ser: Microbiológicas, sensoriales, presencia de cuerpos extraños, mal sellado o rotura de envase, error o deficiencia en el rotulado o vencimiento del producto, entre otros. Además, se consideran los faltantes en cajas cerradas que vengan del proveedor.

Otros: Corresponde a la cantidad de productos (en kilogramos) que se hayan egresado para demostraciones, donaciones (en caso de catástrofe previa autorización de nivel central y referentes de seremi) u otras razones muy bien justificadas.

Traspasos: Corresponde a la cantidad de productos (en kilogramos), que el establecimiento traspasó a otro establecimiento. Deben estar respaldados con la correspondiente documentación.

Total egresos: Corresponde a la cantidad total de egresos en el mes (en kilogramos), por cada producto (sumatoria de todos los egresos antes descritos).

Saldo del mes siguiente: Corresponde a la cantidad de cada producto (en kilogramos) que queda en la bodega al terminar el mes.

Necesidades:

- De bodega del establecimiento: Este rubro registra las necesidades para los establecimientos, por producto, para el mes subsiguiente al que se informa.
- De bodegas centrales (intermedias): Este rubro lo llenan solo las SEREMI de Salud que cuentan con bodegas para efectuar redistribución de alimentos.

Reglas de consistencia:

R.1: La sumatoria de la cantidad distribuida de cada producto según la Sección A y la Sección C debe corresponder con lo distribuido a beneficiarios intrasistema y extrasistema de la Sección E, respectivamente.

R.2: El “Saldo mes anterior” debe ser coincidente con lo informado como “Saldo mes siguiente” en el REM correspondiente al mes inmediatamente anterior.

Sección F: Número de reevaluaciones antropométricas a población del Extrasistema

Definiciones conceptuales:

De acuerdo a norma técnica vigente, corresponde a las evaluaciones antropométricas que se realizan a los beneficiarios extrasistema del PNAC, que pertenecen a los Subprogramas Refuerzo y Prematuros Extremos, con el objetivo de confirmar en ambos casos su situación.

Definiciones operacionales:

Se registra el total de evaluaciones antropométricas que se realizan a los beneficiarios extrasistema del PNAC, que pertenecen a los Subprogramas Refuerzo y Prematuros Extremos, según el integrante del equipo de salud que la realiza.

Sección G: Errores Innatos del Metabolismo (EIM) - cantidad distribuida (kg)

Definiciones conceptuales:

Corresponde al total de productos entregados a los beneficiarios de este subprograma durante el mes informado, según grupo programático (edad) y patologogía.

Definiciones operacionales:

Para cada uno de las patologías y grupo programático se debe registrar la cantidad de producto distribuída a beneficiarios en el mes informado, independiente de su situación previsional. La unidad de medida es el kilogramo (kg)

En las celdas de color anaranjado sólo puede registrarse la cantidad de productos distribuídas a mujeres en etapa preconcepcional (por 2 meses), gestantes y madres que dan pechohasta el año de vida de su hijo.

Sección H: PNAC Errores Innatos del Metabolismo (EIM) – Personas que retiran

Definiciones conceptuales:

Corresponde al número de personas que han retirado productos en el mes, según grupo programático (edad) y patología.

Definiciones operacionales:

Para cada uno de las patologías y grupo programático se debe registrar el número de personas que retiraron productos durante el mes, independiente de su situación previsional.

En las celdas de color anaranjado sólo pueden registrarse el número de personas que corresponden a mujeres en etapa preconcepcional (por 2 meses), gestantes y madres que dan pecho hasta el año de vida de su hijo.

Sección I: Existencia y movimiento total de productos (Errores Innatos del Metabolismo).

Definiciones conceptuales:

Esta sección permite relacionar el movimiento de productos que ingresan y egresa durante el mes, con el fin de mantener un adecuado control de existencias y proyectar el requerimiento de abastecimiento mensual del establecimiento.

Definiciones operacionales:

Para cada producto se debe registrar:

- Saldo del mes anterior: Corresponde al total de existencias que quedó en bodega al finalizar el mes anterior para los productos de cada patología del PNAC Errores Innatos del Metabolismo, según corresponda. Para todos los productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).

- Ingresos: De acuerdo a diferentes orígenes

  - Planta: Para cada producto se debe registrar la cantidad total que se recibió durante el mes desde el proveedor o bodega de la CENABAST, ya sea por programación o reposición. Para todos los productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).

  - Por traspaso: Para cada producto se debe registrar la cantidad total que se recibió durante el mes desde otros establecimientos. Para todos los productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).

- Total disponible: Corresponde a la sumatoria del “saldo del mes anterior” y los “ingresos” (de planta o por traspaso).

- Egresos: Corresponde a la cantidad total por producto (en kilogramos) que se distribuyó en el mes a los beneficiarios de este subprograma, según su clasificación:

  - Total distribuido: Corresponde a la cantidad total por producto (en kilogramos) que se distribuyó en el mes a los beneficiarios del PNAC Errores Innatos del Metabolismo.

  - Mermas (incluye faltantes): Corresponde a la cantidad de productos (en kilogramos) que están mermados. Una merma se define como un alimento que ha perdido sus condiciones de aptitud para el consumo humano y que, por lo tanto, no puede ser distribuido a los beneficiarios. Las causas pueden ser: microbiológicas, sensoriales, presencia de cuerpos extraños, mal sellado o rotura de envase, error o deficiencia en el rotulado o vencimiento del producto, entre otros. Además, se consideran los faltantes en cajas cerradas que vengan del proveedor.

  - Otros: Corresponde a la cantidad de productos (en kilogramos) que se hayan egresado para demostraciones, donaciones (en caso de catástrofe previa autorización de nivel central y referentes de SEREMI) u otras razones muy bien justificadas.

  - Traspasos: Corresponde a la cantidad de productos (en kilogramos), que el establecimiento traspasó a otro establecimiento. Deben estar respaldados con la correspondiente documentación.

  - Total egresos: Corresponde a la cantidad total de egresos en el mes(en kilogramos), por cada producto (sumatoria de todos los egresos antes descritos).

Saldo mes siguiente: Corresponde a la cantidad de cada producto (en kilogramos) que queda en la bodega al terminar el mes.

Reglas de consistencia:

R.1: El total distribuido para cada patología registrado en la sección g debe corresponder con lo total distribuido de la sección.

R.2: El "saldo mes anterior" debe ser coincidente con lo informado como "saldo mes siguiente" en el REM correspondiente al mes inmediatamente anterior.

REM-D.16: Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)

El PACAM es parte de un conjunto de actividades de apoyo alimentario nutricional de carácter preventivo y de recuperación, que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a los adultos mayores, en los establecimientos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud. A su vez, es un componente integral del Programa de Salud del Adulto Mayor y se vincula con otras actividades de medicina preventiva y curativa, como la promoción del envejecimiento saludable y el mantenimiento y mejoramiento de la funcionalidad física y síquica. De este modo se convierte en un instrumento de las acciones de protección de la salud, más allá del ámbito estrictamente nutricional.

Secciones del REM-D.16

Sección A: **PACAM- Cantidad distribuida (kg)**

Sección B: **PACAM- Número de personas que retiran**

Sección C: **Existencia y Movimiento de productos.**

Sección D: **PACAM Número de personas que retiran, pertenecientes al PRAIS (incluidos en Sección B)**

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Secciones del REM-D.16

Sección A: PACAM- Cantidad distribuida (kg)

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la distribución los productos que están considerados en el PACAM (Crema Años Dorados y Bebida Láctea Años Dorados), para los distintos grupos programáticos:

- 70 años y más: Todo adulto mayor sobre esta edad que cumple con los requisitos de retiro.

- 65 - 69 años con alteración de la funcionalidad: Corresponde a los adultos mayores en este rango etario que, según EMPAM, tengan clasificación de: “Autovalente con riesgo”, “Riesgo de dependencia” o “Dependientes”.

- 65 - 69 años en programa social: Corresponde a los adultos mayores entre 65 y 69 años, ambos inclusive, pertenezca o hayan pertenecido en este rango etario al Subsistema Chile Solidario o al Subsistema de Seguridades y Oportunidades - Ingreso Ético Familiar (específicamente programas Familia, Vínculos, Abriendo Caminos y Personas en Situación de Calle).

- 60 - 69 años con tuberculosis: Corresponde a los adultos o adultos mayores que se encuentren o hayan terminado en este rango etario, tratamiento antituberculoso.

- 60 - 69 años en ELEAM autorizado o similar: corresponde a los adultos o adultos mayores en este rango etario que se encuentren en Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor (ELEAM) que cuenten con la autorización de la SEREMI de Salud correspondiente.

El esquema de distribución que consta en la Norma Técnica se detalla en la siguiente tabla

Producto	Cantidad mensual (kg)
Crema Años Dorados	1
Bebida Láctea Años Dorados	1

Definiciones operacionales:

Se registra la cantidad en kilogramos (kg) de producto distribuidos para los distintos grupos programáticos, de acuerdo al esquema de distribución.

Regla de consistencia:

R.1: Verificar que la sección A, sea consistente con la Sección B, teniendo presente que según Norma Técnica existe un esquema de distribución definido. De esta forma, cada beneficiario recibe mensualmente una cantidad de productos preestablecida , por lo tanto, multiplicando este valor por el número de beneficiarios, se debe obtener la cantidad de productos entregada.

R.2: Para cada grupo programático la cantidad de Crema Años Dorados distribuida debe ser igual a la cantidad de Bebida Láctea Años Dorados.

Sección B: PACAM- Número de personas que retiran

Definiciones conceptuales:

Representa el total de las personas que retiran productos del PACAM en el mes, según grupo programático, de acuerdo al esquema de distribución vigente. Además, se registran los ingresos e inasistentes del mes.

Definiciones operacionales:

Personas (que retiran en el mes): Se registra el número de personas que retiraron el correspondiente producto, incluyendo en este valor a los casos antiguos y los ingresos, según grupo programático.

Ingresos del mes: Corresponde a los usuarios que ingresan al PACAM en el periodo informado, según grupo programático. Este valor debe estar contenido en la variable “Personas (que retiran en el mes)”.

Inasistentes del mes: Corresponde a los beneficiarios del PACAM que no retiran productos en el periodo informado, según grupo programático

Regla de consistencia:

R1: Para cada grupo programático, el número de personas que retiran Crema Años Dorados debe ser igual al número de personas que retiran Bebida Láctea Años Dorados.

R2: Para cada grupo programático, el número de personas que retiran Crema Años Dorados (Sección B) debe ser igual a la cantidad de Crema Años Dorados distribuida (Sección A).

R3: Para cada grupo programático, el número de personas que retiran Bebida Láctea Años Dorados (Sección B) debe ser igual a la cantidad de Bebida Láctea Años Dorados distribuida (Sección A).

Sección C: Existencia y movimiento de productos

Definición conceptuales:

Esta sección permite relacionar el movimiento de productos que ingresan y egresan durante el mes, con el fin de mantener un adecuado control de existencias y proyectar el requerimiento de abastecimiento mensual del establecimiento.

Definiciones operacionales:

Para cada producto, se debe registrar:

- Saldo del mes anterior: Corresponde al total de existencias que quedó en bodega al finalizar el mes anterior para los productos que considera el PACAM. Para ambos productos este registro debe ser en kilogramos (kg).
- Ingresos: De acuerdo a diferentes orígenes
    - Planta: Para cada producto se debe registrar la cantidad total que se recibió durante el mes desde el proveedor o bodega de la CENABAST, ya sea por programación o reposición (faltantes o vencidos). Para ambos productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).
    - Por traspaso: Para cada producto se debe registrar la cantidad total que se recibió durante el mes desde otros establecimientos. Para ambos productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).
- Total disponible: Corresponde a la sumatoria del “Saldo del mes anterior” y los “Ingresos” (de planta o por traspaso).
- Egresos: Corresponde a la cantidad total por producto (en kilogramos) que egresó en el mes informado, de acuerdo a:
    - Total distribuido: Corresponde a la cantidad total por producto (en kilogramos) que se distribuyó en el mes a los beneficiarios del PACAM.
    - Mermas (incluye faltantes): Corresponde a la cantidad de productos (kg) que están mermados. Una merma se define como un alimento que ha perdido sus condiciones de aptitud para el consumo humano y que, por lo tanto, no puede ser distribuido a los beneficiarios. Las causas pueden ser: microbiológicas, sensoriales, presencia de cuerpos extraños, mal sellado o rotura de envase, error o deficiencia en el rotulado o vencimiento del producto, entre otros. Además, se consideran los faltantes en cajas cerradas que vengan del proveedor.
    - Otros: Corresponde a la cantidad de productos (kg) que se hayan egresado para demostraciones, donaciones (en caso de catástrofe previa autorización de Nivel Central y Referentes de SEREMI) u otras razones muy bien justificadas.

- Traspasos: Corresponde a la cantidad de productos (kg), que el establecimiento traspasó a otro establecimiento. Deben estar respaldados con la correspondiente documentación.
- Total egresos: corresponde a la cantidad total de egresos en el mes, por cada producto (sumatoria de todos los egresos antes descritos).

- Saldo mes siguiente: Corresponde a la cantidad de cada producto (kg) que queda en la bodega al terminar el mes.

- Necesidades:
  - De bodega del establecimiento: Este rubro registra las necesidades para los establecimientos, por producto, para el mes subsiguiente al que se informa.
  - De bodegas centrales (Intermedias): Este rubro lo llenan sólo las SEREMI de Salud que cuentan con bodegas para efectuar redistribución de alimentos.

Regla de consistencia:

R.1: Comprobar que el saldo del mes anterior sea coincidente con lo informado como "saldo mes siguiente" en el REM correspondiente al mes inmediatamente anterior.

R.2: El total distribuido por cada producto registrado en la Sección A debe corresponder con lo registrado en "Distribuido a beneficiarios" de la Sección C.

Sección D: PACAM- Número de personas que retiran, pertenecientes al PRAIS (incluidos en Sección B)

Definiciones conceptuales:

Corresponde al subgrupo de personas declaradas en la sección B, que pertenecen al PRAIS, independiente de su situación previsional (FONASA, ISAPRE, FF.AA y de Orden).

Definiciones operacionales:

Se registra de acuerdo a las mismas definiciones de la Sección B, pero que sean beneficiarios del PRAIS.

Regla de consistencia:

R.1: El total de datos ingresados en la sección D, así como los de cada grupo programático, no puede ser mayor que lo registrado en la Sección B.

ANEXO N°1

INSTRUCCIONES DE REGISTRO PARA LOS EQUIPOS PRAIS

Antecedentes

La herramienta de recolección de información REM, correspondiente a los Resúmenes Estadísticos Mensuales, es el instrumento oficial que reúne cuantitativamente las estadísticas de atenciones y actividades efectuadas a la población, en el sistema de salud pública del país.

La información se recopila en el establecimiento de origen en el que se ejecutan las acciones de salud, consolidándola mes a mes para ser enviada al nivel central, a través de los Servicios de Salud.

Las acciones de salud que realizan los equipos PRAIS, se otorgan en distintos lugares de atención (oficinas pertenecientes a la Dirección del Servicio de Salud, casa habilitada para estas atenciones, dependencias adosadas a algún establecimiento de salud, etc.), los cuales en su mayoría no están reconocidos específicamente como establecimiento de salud, ya que no cumplen con los requisitos legales (Resolución de Creación de Establecimiento y Autorización Sanitaria correspondiente), para la asignación de código en la Base de Establecimientos administrada por el DEIS.

Dado lo anterior y la necesidad de conocer la producción de estos equipos, es que DEIS acordó que para cuantificar los registros de las actividades que efectúan, se deberá informar la estadística con el código de establecimiento 011, para identificar lo que corresponde a PRAIS.

Desde el año 2006 se ha recogido información en este código a través de las unidades y/o departamento de estadística de las Direcciones de Servicios de salud, en la cual inicialmente se registraban sólo atenciones enfocadas a salud mental.

Hoy en día, los equipos PRAIS han expandido su nivel de atención y diversificado sus actividades, realizando atenciones odontológicas, consultas de morbilidad general, actividades educativas, entre otras.

Dado que la Serie REM, está enfocada en actividades de ciclo vital y en programas que son transversales a la población, es que no es posible diseñar un REM exclusivo para PRAIS, por lo que con el fin de dar cuenta de la totalidad de las acciones que se ejecutan, es necesario orientar el registro en secciones ya existentes de los distintos REM, según la atención otorgada.

Es importante de aclarar que en este código sólo se deben registrar las atenciones que realiza el equipo PRAIS. Si un paciente es derivado a una atención de profesional no perteneciente al Equipo PRAIS, estas actividades NO deben ser registradas. Recordar que el objetivo es capturar las acciones que realiza el equipo PRAIS, no todas las actividades de salud que se otorgan a pacientes PRAIS.

Las siguientes son orientaciones de registro de las actividades, basadas en el profesional del equipo que las ejecuta.

Registro por profesional

Asistente Social

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta de Especialidad: corresponde a la atención del paciente para la acogida y acreditación al programa. (rendimiento 1 hora).

- La actividad debe ser registrada en REM A07, Sección B: Consultas y Controles por otros profesionales en especialidad (nivel secundario).
- Consulta por Orientación Social: corresponde a la atención social que corresponde a orientación a los usuarios del programa, sobre beneficios sociales en el intra y extrasistema, además de la gestión y coordinación de éstos. (rendimiento 30 minutos).

- La actividad debe ser registrada en REM A04, Sección B: Consultas de Profesionales no médicos.

Psicólogo

- Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud y efectuar las psicoterapias respectivas según plan de tratamiento.

- La actividad de la primera consulta (evaluación) debe ser registrada en REM A06-Atención de Especialidades, Sección B.1: Consultas

- La psicoterapia individual (sesiones): se debe registrar en REM A06-Atención de Especialidades, Sección B.1: Consultas

- La psicoterapia familiar (sesiones): se debe registrar en REM A06, Sección B.2: Actividades Grupales (nº de sesiones)

Médico

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud.

- Si la consulta es de morbilidad general, debe ser registrada en REM A04, Sección A: Consultas Médicas.

- Si la consulta es de Salud Mental, debe ser registrada en REM A06-Atención de Especialidades, Sección B.1: Consultas.

- Si la consulta es de especialidad (cualquier especialista para morbilidad), debe ser registrado en REM A07, Sección A.1: Consultas Médicas

- Controles de Salud: se deben registrar en REM A01, Sección C, según problema de salud a abordar.

Psiquiatra

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud y efectuar las psicoterapias respectivas según plan de tratamiento.

- La actividad de la primera consulta (evaluación) debe ser registrada en REM A07, Sección A.1: Consultas Médicas.

- La psicoterapia individual (sesiones): se debe registrar en REM A06-Atención de Especialidades, Sección B.1: Consultas.

Enfermera

La actividad que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS es la siguiente:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud, la cual debe ser registrada en REM A07, Sección B: Consultas y Controles por otros profesionales en especialidad (nivel secundario).

- Controles de Salud: se deben registrar en REM A01, Sección C, según problema de salud a abordar.

Odontólogo

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud y otorgarle tratamiento, la cual debe ser registrada en REM A09, si es primera consulta o consulta repetida en Sección A: Consultas según nivel.

- Las actividades que realice para el tratamiento, deben ser registradas en REM A09, secciones según las actividades que sean otorgadas en la atención.

Paramédico

- Ejecutan labores administrativas de apoyo al equipo, no se registrarán en REM sus actividades.
- En caso de realizar Controles de Salud Cardiovascular o Controles de Salud por Otros problemas de Salud, se pueden registrar en REM A01, Sección C: Controles según problema de salud.

Actividades por Dupla Profesional (Asistente Social y Psicólogo)

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Evaluación e Intervención Grupal y Familiar: Es la intervención terapéutica realizada por integrantes del equipo de salud, con un grupo de entre dos y doce personas. Su objetivo es otorgar apoyo emocional, educación para el auto cuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar del paciente y de sí misma, apoyo para la rehabilitación psicosocial y reinserción social y laboral.

La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección C.1 de Actividades grupales. (No se puede distinguir entre intervención grupal y familiar).

- Actividades Psico educativas: corresponde a la atención en la cual se educa a los usuarios, sobre el funcionamiento del Programa PRAIS, beneficios y derechos.

La actividad debe ser registrada en REM A27, Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según área temática y edad y Sección B: Actividades de Educación para la Salud según personal que las realiza (sesiones) en otras áreas temáticas.

- Actividades de Promoción de DDHH: corresponde a las actividades que se realizan con la comunidad a objeto de dar a conocer y promover los derechos de las personas y el Programa PRAIS. La actividad debe ser registrada en REM A19a, Sección B.1 de Actividades de Promoción según estrategias y condicionantes abordadas y Número de participantes.

Consultorías programáticas en salud Integral entregadas y recibidas

Corresponde a la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría y el equipo PRAIS, con el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del equipo, mejorar la referencia y contra referencia de pacientes y garantizar los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de pacientes con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos.

El cronograma con la frecuencia y fechas de Consultorías se debe planificar conjuntamente entre los equipos que reciben la actividad y el que las otorga. De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente.

- Consultorías de salud Mental recibidas: corresponde a las consultorías recibidas por el equipo PRAIS, otorgadas por el equipo de especialidad.
- Casos Revisados: corresponde a los antecedentes clínicos de las personas analizados en la sesión de consultoría de salud mental en conjunto, entre el equipo PRAIS y el equipo de especialidad.

La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección A.2: Consultorías de Salud Mental.

- Consultorías de salud Mental entregadas: corresponde a las consultorías entregadas por el equipo PRAIS.
- Casos Revisados: Los casos revisados corresponden a los antecedentes clínicos de las personas revisados en la sesión de consultoría de salud mental junto al equipo PRAIS.

Visitas Domiciliarias y Rescate.

Visitas Domiciliarias: es una modalidad de prestación de salud en domicilio, caracterizada como la actividad de "relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia, solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en qué necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante, como base de un trabajo de apoyo acompañamiento al grupo familiar". Esta actividad debe ser acordada con la familia. En "Visitas Domiciliarias Integrales" se registra la actividad realizada por un profesional, dos o más profesionales, un profesional y técnico paramédico. No son Visitas Domiciliarias las verificaciones de domicilio y las citaciones.

La actividad debe ser registrada en REM A26 Sección A: Vistas Domiciliarias Integrales a familias (familia con otro riesgo psicosocial o visita de primer contacto (conocer entorno familiar), o en cualquier otro motivo de visita)

Rescate: corresponde a la actividad que se realiza para reincorporar a los pacientes que han permanecido inasistentes.

La actividad debe ser registrada en REM A26 Sección D: Rescate de pacientes inasistentes.

Compras de Servicios de especialidades, cirugías, fármacos, exámenes, Operativos de Salud

Compras de Servicios de Consultas de Especialidad: corresponde a las consultas que los establecimientos compran a otros organismo, entidad o persona distintas del Servicio de Salud, con el fin de disminuir listas de espera.

La actividad debe ser registrada en REM A07, Sección A.4: Consultas realizadas por compra de servicio (no incluir en sección A.1), por especialidad que se resuelva en subsección Compra de Servicio (Atención de Especialidades).

Operativos de Consultas de Especialidad: es una modalidad de atención de carácter masivo, dada en un tiempo acotado, que reúne a la población en un lugar definido para ser atendido por médico especialista, que entrega prestaciones específicas. Se entregan prestaciones de modo extraordinario y no garantiza continuidad de los cuidados definidos para la patología correspondiente. Eventualmente requiere complementarse con seguimientos posteriores por los dispositivos formales de atención

La actividad debe ser registrada en REM A07, Sección A.5: Consultas realizadas por operativos (no incluir en sección A.1), por especialidad que se resuelva.

Trabajo Intersectorial

Actividad realizada por integrantes del equipo de salud, con el propósito de coordinarse con los distintos sectores sociales o realizar actividades de promoción y prevención (en establecimientos educacionales, laborales, de protección, etc.) para favorecer la entrega de información del programa PRAIS y para facilitar la integración social de los beneficiarios del programa.

La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección C.2: Actividad Comunitaria en Salud Mental.

Trabajo con organizaciones de usuarios PRAIS

Actividad realizada por integrantes del equipo de salud con organizaciones de usuarios, con el propósito de sensibilizar e intercambiar información respecto de los alcances de ejecución del programa. También, para coordinar iniciativas tendientes a potenciar proceso de reinserción social. Además, apoyar la gestión de proyectos específicos de promoción de la salud.

La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección C.2: Actividad Comunitaria en Salud Mental.

Referencias:

- Manual De Atención Personalizada En El Proceso Reproductivo CHCC- MINSAL 2008
- Orientaciones Técnicas Para La Atención Integral De Mujeres Que Presentan Aborto Y Otras Perdidas Reproductivas- MINSAL 2011
- Orientaciones Técnicas Para La Atención Integral De La Mujer En Edad De Climaterio En El Nivel Primario De La Red De Salud- MINSAL 2014
- Programa De Salud De La Mujer - MINSAL 1997
- Manual De Lactancia Materna - MINSAL 2010
- Orientaciones Técnicas Para El Control De Salud Integral En Adolescentes - MINSAL 2016
- Guía Clínica AUGE - Examen Medicina Preventiva - MINSAL 2013
- Trastornos De La Salud Mental Asociados A La Violencia En Mujeres Y Adultos Mayores - MINSAL (sin fecha)
- Manual De Apoyo Técnico Para Las Acciones De Salud En Violencia Intrafamiliar - MINSAL 1998
- Guía Clínica De Atención En Niños, Niñas Y Adolescentes Menores De 15 Años, Víctimas De Abuso Sexual - MINSAL/UNICEF, 2011.
- Norma Técnica Básica Atención Cerrada, MINSAL.
- Norma Técnica Básica Atención Abierta, MINSAL.
- Programa Promoción De Salud, MINSAL.