

MANUAL
SERIE P

2017 - 2018

Contenido

REM-P1 Población en control Programa de Salud de la Mujer ***4***

REM-P2 Población en control Programa de Salud del Niño **14**

REM-P3 Población en control Otros Programas ***26***

REM-P4 Población en control Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) ***35***

REM-P5 Población en control Programa de Salud del Adulto Mayor ***43***

REM-P6 Población en control Programa de Salud Mental en APS y especialidad ... ***51***

REM-P7 Familias en control de Salud Familiar ***61***

REM-P9 Población en control Adolescente ***64***

REM-P11 Población en control Programa de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA **74**

REM-P12 Cobertuta de Cáncer de Cuello Uterino y Cáncer de Mama **76**

REM-P1: Población en Control Programa de Salud de la Mujer

Secciones del REM-P1

Atención Primaria de Salud.

Sección A: **Población enControl según método de Regulación de Fertilidad.**

Sección B: **Gestantes en Control con Riesgo Psicosocial.**

Sección C: **Gestantes en riesgo psicosocial con visita domiciliaria integral realizada en el semestre.**

Sección D: **Gestantes y mujeres de 8° mes post-parto en control, según estado nutricional.**

Sección E: **Mujeres y gestantes en control con consulta nutricional.**

Sección F: **Mujeres en control de climaterio.**

Sección G: **Gestantes en control con ecografía por trimestre de gestación**

Sección H: **Gestantes en control de enfermedades transmisibles (Hepatitis B, Chagas)**

Nivel Secundario

Sección I: **Población en control por patologías de Alto Riesgo Obstétrico.**

Definiciones Conceptuales y Operacional Variables de REM-P1

Atención Primaria de Salud

Sección A: Población en Control según método de Regulación de Fertilidad.

Definiciones conceptuales:

Total, Población Bajo Control: Corresponde a las personas que se atienden en el Programa de Regulación de Fertilidad, en establecimientos con nivel primario de atención, según los siguientes métodos anticonceptivos: Dispositivo Intrauterino de cobre, Dispositivo Intrauterino Medicado, Hormonal (Oral combinado y progestágeno, Inyectable combinado y progestágeno e Implante) y Preservativo (Mujer y Hombre).

Se considera como población bajo control a todas las personas que han sido atendidos por Médico Gineco-Obstetra o Matrona hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 11 meses y 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Después de un año de inasistencia de pérdida de vigencia del método (10 años para el DIU con cobre, 5 años para el DIU medicado y 3 años para el implante) realizar dos visitas domiciliarias. Si después de realizada la última visita, la persona no asiste a control o se constata que no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro centro de salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido, se considera abandono de método y no debe ser considerada población bajo control.

Para el resto de los métodos anticonceptivos, al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que la persona no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Mujeres en control que padecen enfermedad cardiovascular (DM / HTA): Corresponde a las mujeres que se encuentran en control por el Programa de Regulación de Fertilidad, padecen de alguna enfermedad cardiovascular como Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial y se encuentran en control en el Programa de Salud Cardiovascular. El objetivo principal de controlar a esta población femenina, es detectar y prevenir complicaciones en futuros embarazos.

Mujeres con retiro de implante anticipado en el semestre (antes de los 3 años): Corresponde a las mujeres que se encuentran en control por el programa, las cuales han utilizado el método anticonceptivo hormonal y se les ha retirado en forma anticipada desde su colocación, esto es antes de los 3 años.

El implante de progestágeno es un anticonceptivo colocado subcutáneamente que libera esteroide a un ritmo constante en dosis diarias muy pequeñas suficiente para obtener el efecto anticonceptivo deseado, el cual tiene una duración de 3 años.

Método de regulación de fertilidad más preservativo: Corresponde a las mujeres que se encuentran en control por el Programa de Regulación de Fertilidad que utilizan cualquier método anticonceptivo como dispositivo intrauterino, hormonales (oral, inyectable o implante) más preservativo, con el fin de lograr una adecuada salud reproductiva, reduciendo la mortalidad materna-perinatal, el embarazo no planificado y la prevención de infecciones de transmisión sexual.

Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se identifican o reconocen como parte de un pueblo indígena u originario, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por algún método de regulación de fertilidad.

Población Inmigrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por algún método de regulación de fertilidad.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de mujeres que se encuentra bajo control en el programa de Regulación de Fertilidad a la fecha de corte (30 de junio o 31 de diciembre), según método anticonceptivo. Se caracteriza la edad de las mujeres controladas, si pertenece a pueblo originario y población inmigrante.

Se registran las mujeres bajo control que tienen algún problema de salud cardiovascular según edad, pueblo originario y población inmigrante.

Se registran las Mujeres con retiro de implante anticipado en el semestre (antes de los 3 años), según edad, pueblo originario y población inmigrante.

La última fila de la sección corresponde el registro de las mujeres que utilizan algún método de regulación de fertilidad más preservativo. Este grupo también se registra de acuerdo a edad, pueblo originario y población inmigrante.

Reglas de consistencia:

R.1 Las mujeres bajo control que "padecen de enfermedades cardiovasculares (diabetes y/o hipertensión)", deben estar contenidas en los registros según método anticonceptivo y edad de las mujeres controladas.

R.2 Las mujeres con "retiro de implante anticipado" deben estar contenidas en los registros por el método anticonceptivo hormonal "implante", según la edad de las mujeres controladas.

R.3 El registro de "pueblos originarios y población inmigrantes" es una característica de la población estar presente cuando corresponde, en cada una de las filas de los registros por método anticonceptivos. En el caso que no esté presente se debe colocar el Número 0, pero no dejar el espacio en blanco.

Sección B: Gestantes en Control con Riesgo Psicosocial.

Definiciones conceptuales:

Total, de Gestantes en Control: Corresponde a las gestantes que han sido controladas por su embarazo, control realizado por médico gineco-obstetra o matrona, y que han sido evaluadas con aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada, según la norma, con obtención de resultado con o sin riesgo psicosocial.

Se considera como población bajo control a todas las gestantes que tienen citación para próximo control con los mismos profesionales anteriormente mencionados, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: ocurre el parto, se constata que no es ubicable, se ha inscrito en otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Gestantes en riesgo psicosocial: Corresponde a las gestantes que, a la fecha del corte, han sido controladas por su embarazo y que presentan riesgo psicosocial según el resultado de la aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada.

Gestantes que presentan violencia de género: Corresponde a las gestantes que han sido controladas por su embarazo y que presentan violencia de género, detectada a través de la aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada o a través de la anamnesis realizada en el control, a la fecha del corte.

Estas mujeres son derivadas para ingresar a control de Violencia de Género del Programa de Salud Mental del establecimiento.

Gestantes que Presenta Alto Riesgo Obstétrico (ARO): La asignación de alto riesgo obstétrico (ARO) se basa en la historia y ultrasonido. Una vez efectuada la asignación de riesgo, las embarazadas calificadas como de alto riesgo, deben ser controladas en el nivel secundario o terciario, con una frecuencia que varía de acuerdo al factor de riesgo.

Población Inmigrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por control prenatal.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar: el número total de gestantes, el número de gestantes que se encuentran en riesgo psicosocial, número de gestantes que presentan violencia de género, número de gestantes que presentan alto riesgo obstétrico y el número de gestantes inmigrantes, que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte. El registro se realiza según edad de las gestantes controladas.

Reglas de consistencia:

R.1 Las gestantes bajo control registradas en riesgo psicosocial deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control.

R.2 Las gestantes bajo control registradas que presentan violencia de género deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control y NO pueden ser mayor que el registro de gestantes en riesgo psicosocial. Según aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada aplicada en el control.

R.3 Las gestantes bajo control registradas en gestantes que presentan ARO deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control. Las gestantes bajo control registradas en población inmigrantes deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control.

Sección C: Gestantes en Riesgo Psicosocial con Visita Domiciliaria Integral Realizada en el Semestre.

Definiciones conceptuales:

Visita Domiciliaria Integral: 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 que la 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 y es realizada por un equipo del establecimiento que puede estar compuesta por médico y/o profesionales (enfermera, matrona, trabajadores sociales, etc.).

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de gestantes en riesgo psicosocial según el número de visitas domiciliarias integrales que recibieron durante el semestre.

La última columna corresponde al total de visitas. Este registro es de llene automático y es el producto del número de gestante por el número de visitas que ha recibido en el semestre.

El registro de las gestantes que reciben 4 o más visitas domiciliarias integrales en el semestre, no es de llene automático. El número total de visitas es el producto del número de visitas efectuadas por el número de gestante controlada.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección D: Gestantes y Mujeres De 8° Mes Post-Parto en Control, SegúnEstado Nutricional.

Definiciones conceptuales:

Gestantes en control: Corresponde a las gestantes que se encuentran bajo control a la fecha de corte y están clasificadas según su estado nutricional normal, sobrepeso, obesa o bajo peso.

Control al 8° Mes post parto: Corresponde a las mujeres que se encuentran bajo control en el establecimiento, las cuales han sido evaluadas por médico, matrona o nutricionista al 8º mes post parto, durante el semestre, y se clasifican en normal, sobrepeso, obesa o bajo peso. El objetivo principal de este control es medir su condición nutricional al 8º mes de puerperio para evaluar el impacto de las intervenciones previas (consulta nutricional al 3º y 6º mes post- parto y controles de salud durante este periodo).

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de gestantes bajo control a la fecha de corte según edad y clasificación de su estado nutricional.

También, se registra en esta sección el número de mujeres que recibieron el control al 8vo mes post parto durante el semestre, clasificadas según su estado nutricional y por el grupo de edad correspondiente.

Reglas de consistencia:

R.1 El total de gestantes clasificadas según su estado nutricional debe ser igual al total de gestantes en control registradas en la sección B, según el grupo de edad correspondiente.

Seccion E: Mujeres y Gestantes en Control con Consulta Nutricional.

Definiciones conceptuales:

Consulta Nutricional: Corresponde a la consulta nutricional (atención dietética o dieto terapéutica) proporcionada por nutricionista, otorgada a las gestantes que se encuentran bajo control en el establecimiento, a la fecha de corte.

Las mujeres gestantes reciben consulta nutricional por malnutrición por déficit (bajo peso) o por exceso (sobrepeso y obesidad).

En esta sección también se registran las mujeres en etapa de puerperio que reciben consulta nutricional al 3º y 6º mes post parto.

Las acciones contempladas en esta consulta son: Dar cumplimiento a las 10 acciones contempladas en la norma del programa de la mujer (anamnesis clínica y nutricional, estudio dietético, encuesta alimentaria, antropometría, examen físico, adecuación de nutrientes, prescripción dietética y/o dieto terapéutica, entre otras).

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de mujeres y gestantes que se encuentran bajo control a la fecha de corte y que han recibido "consulta nutricional", por malnutrición por déficit o exceso.

Las mujeres que reciben consulta nutricional al 6to mes post parto, serán evaluadas nuevamente al 8vo mes post parto, las cuales se registrarán en sección D, según su estado nutricional.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Seccion F: Mujeres en Control de Climaterio.

Definiciones conceptuales:

Población en Control: Corresponde a las mujeres entre 45 y 64 años que han sido atendidas en el Programa de Control de Climaterio, por médico gineco-obstetra o matrona, a la fecha de corte.

Se considera como población bajo control a todas las mujeres que tienen citación para próximo control con los mismos profesionales anteriormente mencionados, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que la mujer no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Menopause Rating Scale (MRS): es una escala estandarizada de autoevaluación de los síntomas menopáusicos, permite de una manera práctica y relativamente rápida, evaluar las condiciones en que se encuentra la mujer y a su vez evaluar el impacto de cualquier intervención médica, que apunta a mejorar la calidad de vida de la mujer menopáusica.

Mujeres con pauta aplicada MRS: se refiere a las mujeres que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, a las cuales se les ha aplicado la pauta MRS que mide los ámbitos de compromiso de calidad de vida de la mujer climatérica, que tengan riesgo cardiovascular y/o riesgo de osteoporosis.

Mujeres con puntaje elevado de MRS: corresponde a las mujeres que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, a las cuales se les ha aplicado la pauta MRS y que su resultado es igual o mayor a 23 puntos. Puntaje de 23 a 33 que se refiere a "molestia severa", puntaje de 34 a 44 se refiere a "molestia intolerable". Con este resultado se transforman automáticamente en candidatas a utilizar terapia hormonal de reemplazo.

Mujeres con aplicación de terapia hormonal de reemplazo según MRS: Corresponde al número de mujeres con la terapia de reemplazo hormonal. Los objetivos de la terapia son mejorar la calidad de vida en el período climatérico, reducir el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares y disminuir el riesgo de fracturas.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de mujeres en control de climaterio a la fecha de corte.

Además, se registra el número de mujeres bajo control con "pauta aplicada MRS", el número de mujeres que obtuvieron "puntaje elevado de MRS", y el número de mujeres con "terapia hormonal de reemplazo según MSR".

Reglas de consistencia:

R.1 La población en control de mujeres por climaterio NO debe ser menor al número de mujeres con pauta aplicada MSR.

R.2 El número de mujeres con puntaje elevado de MSR NO debe ser mayor al número mujeres con pauta aplicada MSR.

R.3 El número de mujeres con aplicación de terapia hormonal de reemplazo según MRS NO debe ser mayor al número de mujeres con puntaje elevado de MSR.

Sección G: Gestantes en Control con Ecografía por Trimestre de Gestación (en el Semestre).

Definiciones conceptuales:

En Chile la recomendación es realizar tres exámenes ultrasonográficos durante el período de gestación. Las ecografías por trimestre se caracterizan por:

Ecografía de primer trimestre (11-13+6 semanas): Los objetivos iniciales de la ecografía del primer trimestre son confirmar la viabilidad fetal, determinar el número de fetos y la edad gestacional, que permita un manejo adecuado del embarazo. Incluye la translucencia nucal (TN) para la detección de posible síndrome de Down, la pesquisa de Aneuploidía cromosomática (trastornos genéticos) y la medición de la longitud céfalo-nalgas (LCN) que permite cuantificar la longitud del feto durante las primeras semanas de gestación para calcular la fecha probable de parte en base a la edad gestacional.

Ecografía de segundo trimestre de 22-24 semanas: El objetivo en este trimestre es realizar un screening preventivo con el fin de pesquisar oportunamente factores de riesgo o condiciones que se asocian con malos resultados perinatales, permitiendo la intervención oportuna en algunas de estas situaciones.

Ecografía de tercer trimestre de las 30 a 34 semanas: En este examen se estudian diversos aspectos del feto, la placenta y el cordón umbilical. La información obtenida en esta ecografía es importante para que el gineco-obstetra determine cómo se desarrollará el parto o si existe la posibilidad de complicaciones debido a una mala posición del feto u otra anomalía. En términos normales ésta sería la última ecografía del embarazo.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de gestantes bajo control en el establecimiento de APS, que durante el semestre se han realizado ecografía obstétrica del primer, segundo y tercer trimestre de gestación, según edad de las embarazadas controladas.

En la última columna se debe considerar a las gestantes que se han realizado cualquiera de las ecografías trimestrales durante el embarazo en establecimientos del extrasistema, y que a su vez se siguen controlando en el establecimiento de salud.

Reglas de consistencia:

R.1 El número de gestantes con ecografía realizada en establecimientos del extrasistema NO debe ser mayor al número de gestantes con ecografía realizada en los tres trimestres.

Sección H: Gestantes en Control de Enfermedades Transmisibles (Hepatitis B, Chagas).

Definiciones conceptuales:

Total de población gestante Bajo control prenatal con examen serológico solicitado: Corresponde al total de embarazadas por grupo de edad que se atienden en el programa de control prenatal en establecimientos de atención primaria, que tenga la solicitud de examen serológico para enfermedad de Chagas y Virus de Hepatitis B.

Este indicador se mide al momento de ingreso de la gestante, independientemente de la semana gestacional de ingreso. El objetivo es medir la cobertura de tamizaje, diagnóstico y derivar para inicio de tratamiento y seguimiento de la embarazada.

Total de población gestante bajo control prenatal con examen serológico informado: Corresponde al total de embarazadas por grupo de edad, que se atienden en el programa de control prenatal en establecimientos de atención primaria, que haya sido informada de su situación serológica y que tenga registrado el resultado del informe serológico para enfermedad de Chagas y Hepatitis B.

Definiciones operacionales:

En la columna de "solicitados" corresponde registrar el número de gestantes que se encuentra bajo control en el programa pre natal a la fecha de corte (30 de junio y 31 de diciembre), a la cuales se ha solicitado y registrado en carnet prenatal y registro de estadísticas el examen de tamizaje para enfermedad de Chagas y Virus de Hepatitis B.

En la columna de "informados" corresponde registrar el número de gestantes que se encuentra bajo control en el programa pre natal a la fecha de corte (30 de junio y 31 de diciembre), a la cuales se ha informado de su situación serológica y este registrada en carnet prenatal y registro de estadístico el resultado de examen de tamizaje para enfermedad de Chagas y Virus de Hepatitis B.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Nivel Secundario

Seccion I: Población en Control por Patologías de Alto Riesgo Obstétrico.

Definiciones conceptuales:

Población en Control por Patologías de Alto Riesgo Obstétrico: Corresponde a las gestantes que se encuentran bajo control por médico obstetra en las Unidades de Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario, por ser portadoras de una o más de las siguientes patologías: Pre eclampsia (PE) , Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE),Factores de riesgo y condicionantes de Parto Prematuro, Retardo Crecimiento Intrauterino (RCIU), SÍFILIS, VIH, Diabetes Pre Gestacional, Diabetes Gestacional, Cesárea anterior, Malformación Congénita, Anemia, Cardiopatías, Pielonefritis, Rh(-)sensibilizada, Placenta previa, Chagas, Colestasia Intrahépatica de Embarazo, otras patologías del embarazo (HTA, Crónica, Nefropatía, Cardiopatía, etc.).

Se considera como población bajo control a todas las gestantes que tienen citación para próximo control con los mismos profesionales anteriormente mencionados, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: el obstetra la da de alta, ocurre el parto, se constata que no es ubicable, se ha inscrito en otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de gestantes en control a la fecha de corte, que son contraladas por patologías de alto riesgo obstétrico, según la patología que padecen.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

REM-P2: Población en Control Programa de Salud del Niño

Secciones del REM-P2

Sección A: **Población en Control, según Estado Nutricional para niños menores de 1- 59 meses.**

Sección A.1: **Población en control, según estado nutricional para niños de 60 meses-9 años 11 meses**

Sección B: **Población encontrol según resultado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor.**

Sección C: **Población menor de 1 año en control, según Score riesgo en IRA y Visita Domiciliaria Integral en el semestre.**

Sección D: **Población en control en el semestre con consulta nutricional, según estrategia.**

Sección E: **Población inasistente a Control del Niño Sano (al corte).**

Sección F: **Población infantil según diagnóstico de presión arterial (incluida en sección A).**

Sección G: **Población infantil eutrófica, según riesgo de malnutrición por exceso (incluida en sección A).**

Definiciones Conceptuales y Operacional Variables de REM-P2

Sección A: Población en Control, según Estado Nutricional para niños menores de 1- 59 meses.

Definiciones conceptuales:

Total de niños en control: Corresponde a la población infantil de niños(as) menores de 59 meses que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, y que han sido evaluados según su estado nutricional, de acuerdo a la norma vigente 123 y los indicadores peso/edad(, peso/talla, talla/edad (menores de 59 meses).

Indicadores de Evaluación Nutricional

Peso para la Edad (P/E): Es el indicador resultante de comparar el peso del niño, niña con el peso de referencia correspondiente a su edad. Es un buen indicador de déficit nutricional durante el primer año de vida, pero no permite diferenciar a niños(as) constitucionalmente pequeños, por lo que su uso como parámetro único no es recomendable.

Peso para la Talla (P/T): Es el indicador resultante de comparar la talla del niño, niña con la talla de referencia correspondiente a su edad. Es un buen indicador de estado nutricional actual y no requiere un conocimiento preciso de la edad. Es útil para el diagnóstico, tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad.

Talla para la Edad (T/E): Es el indicador resultante de comparar la talla del niño, niña y adolescente con la talla de referencia correspondiente a su edad; permite evaluar el crecimiento lineal alcanzado.

IMC para la Edad (IMC/E): Es el indicador resultante de comparar el IMC de niños y niñas mayores de 5 años y adolescentes con el IMC de referencia correspondiente a su edad según las referencias de crecimiento corporal OMS 2007. Para su cálculo se debe considerar la siguiente fórmula: IMC = Peso (kg)/ (talla (m))², y el resultado debe ser comparado con la clasificación del estado nutricional, según IMC para la edad.

Perímetro de Cintura para la Edad (PC/E): Es el indicador resultante de comparar el perímetro de cintura del niño, niña o adolescente con el perímetro de cintura de referencia correspondiente a su edad. Esta medición se realiza para determinar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes, entre otras.

Diagnostico Nutricional Integrado: La combinación de los indicadores antes descritos permiten realizar un diagnóstico nutricional integrado, permitiendo una evaluación nutricional más precisa mediante escalas de valoración nutricional o denominaciones como: riesgo de desnutrir, déficit ponderal, desnutrido, normal, obeso, obeso severo

---

[1] Para efectos de los menores de 5 años, 11 meses y 29 días; se mantiene en vigencia las curvas CDC/NCHS y las Calificaciones Nutricionales señaladas en la Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en Atención Primaria de Salud, del Programa Nacional de la Infancia. MINSAL, 2014. *http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web(1).pdf*

[2] Norma para la evaluación Nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años de edad, MINSAL 2016. *http://dipol.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/08/NORMA-EVALUACION-NUTRICIONAL-NI%C3%91OS.pdf*

[3] Las tablas para identificar el perímetro de cintura se mantienen, de acuerdo a la información encontrada en las referencias 1 y 2.

Dentro del Diagnóstico nutricional Integrado se designarán las siguientes calificaciones de acuerdo al rango etario:

- **Menores de 1 Mes**: Normal, Riesgo de Desnutrir, Desnutrido, Sobrepeso y Obeso.
- **Mayores de 1 Mes y menores de 59 meses y 29 días**: Normal, déficit ponderal, Desnutrido, Sobrepeso, Obeso, Obeso Severo y Desnutridos secundarios.

Pueblos Originarios: Corresponde a los niños(as) que se identifican con algún pueblo indígena u originario, y se encuentran bajo control en el Programa Infantil del establecimiento de salud.

Población Inmigrante: Corresponde a los niños(as) cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud.

Cabe señalar que los hijos de inmigrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), especificando los indicadores nutricionales y parámetros de medición. Además, se registran los niños (as) que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son de población de inmigrantes.

La sumatoria de los niños(as) registrados en el diagnóstico nutricional integrado, más los niños(as) calificados como desnutridos secundarios, debe ser coincidente con el total de población en control.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, desde el año 2017 se implementa la "Norma para la Evaluación Nutricional de Niños, Niñas y Adolescentes de 5 a 19 años de edad" aplicando un nuevo patrón OMS para la evaluación en este tramo de edad a través de la calificación por desviación estándar (DS). Este cambio se verá reflejado en los sistemas de registro durante el primer semestre de 2017, por lo que en aquellos casos en que se haya aplicado a los niños mayores de 5 años el criterio de clasificación anterior (por percentiles), no es necesario adaptarlo a la nueva normativa.

Los niños (as) registrados en Pueblos Originarios y Población Inmigrantes deben estar contenidos en los registros según edad, sexo y los indicadores nutricionales.

Reglas de consistencia:

R.1 El total de niños mayores de 1 mes en control según edad y sexo debe ser igual al total de niños con diagnóstico nutricional integrado según edad y sexo.

Sección A.1: Población en control, según estado nutricional para niños de 60 meses-9 años 11 meses

Definiciones conceptuales:

Total, de niños en control: Corresponde a la población infantil de niños(as) menores de entre 60 meses y 9 años 11 meses de vida, que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, y que han sido evaluados según su estado nutricional, de acuerdo a la norma vigente 223 y los indicadores peso/edad, peso/talla, talla/edad (menores de 59 meses), IMC/edad (en mayores de 5 años), perímetro de cintura/edad (mayores de 5 años).

Indicadores de Evaluación Nutricional

Peso para la Edad (P/E): Es el indicador resultante de comparar el peso del niño, niña con el peso de referencia correspondiente a su edad. Es un buen indicador de déficit nutricional durante el primer año de vida, pero no permite diferenciar a niños(as) constitucionalmente pequeños, por lo que su uso como parámetro único no es recomendable.

Peso para la Talla (P/T): Es el indicador resultante de comparar la talla del niño, niña con la talla de referencia correspondiente a su edad. Es un buen indicador de estado nutricional actual y no requiere un conocimiento preciso de la edad. Es útil para el diagnóstico, tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad.

Talla para la Edad (T/E): Es el indicador resultante de comparar la talla del niño, niña y adolescente con la talla de referencia correspondiente a su edad; permite evaluar el crecimiento lineal alcanzado.

IMC para la Edad (IMC/E): Es el indicador resultante de comparar el IMC de niños y niñas mayores de 5 años y adolescentes con el IMC de referencia correspondiente a su edad según las referencias de crecimiento corporal OMS 2007.. Para su cálculo se debe considerar la siguiente fórmula: IMC = Peso (kg)/ (talla (m))², y el resultado debe ser comparado con la clasificación del estado nutricional, según IMC para la edad.

Perímetro de Cintura para la Edad (PC/E): Es el indicador resultante de comparar el perímetro de cintura del niño, niña o adolescente con el perímetro de cintura de referencia correspondiente a su edad. Esta medición se realiza para determinar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes, entre otras.

Diagnostico Nutricional Integrado: La combinación de los indicadores antes descritos permiten realizar un diagnóstico nutricional integrado, permitiendo una evaluación nutricional más precisa mediante escalas de valoración nutricional o denominaciones como: riesgo de desnutrir, déficit ponderal, desnutrido, normal, obeso, obeso severo

---

[2] Para efectos de los menores de 5 años, 11 meses y 29 días; se mantiene en vigencia las curvas CDC/NCHS y las Calificaciones Nutricionales señaladas en la Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en Atención Primaria de Salud, del Programa Nacional de la Infancia. MINSAL, 2014. *http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web(1).pdf*

[2] Norma para la evaluación Nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años de edad, MINSAL 2016. *http://dipol.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/08/NORMA-EVALUACION-NUTRICIONAL-NI%C3%91OS.pdf*

[3] Las tablas para identificar el perímetro de cintura se mantienen, de acuerdo a la información encontrada en las referencias 1 y 2.

Pueblos Originarios: Corresponde a los niños(as) que se identifican con algún pueblo indígena u originario, y se encuentran bajo control en el Programa Infantil del establecimiento de salud.

Población Inmigrante: Corresponde a los niños(as) cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud.

Cabe señalar que los hijos de inmigrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), especificando los indicadores nutricionales y parámetros de medición. Además, se registran los niños (as) que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son de población de inmigrantes.

La sumatoria de los niños(as) registrados en el diagnóstico nutricional integrado, más los niños(as) calificados como desnutridos secundarios, debe ser coincidente con el total de población en control.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, desde el año 2017 se implementa la "Norma para la Evaluación Nutricional de Niños, Niñas y Adolescentes de 5 a 19 años de edad" aplicando un nuevo patrón OMS para la evaluación en este tramo de edad a través de la calificación por desviación estándar (DS). Este cambio se verá reflejado en los sistemas de registro durante el primer semestre de 2017, por lo que en aquellos casos en que se haya aplicado a los niños mayores de 5 años el criterio de clasificación anterior (por percentiles), no es necesario adaptarlo a la nueva normativa.

Los niños (as) registrados en Pueblos Originarios y Población Inmigrantes deben estar contenidos en los registros según edad, sexo y los indicadores nutricionales.

Reglas de consistencia:

R.1 El total de niños en control según edad y sexo debe ser igual al total de niños con diagnóstico nutricional integrado según edad y sexo.

Sección B: Población en Control Según Resultado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor.

Definiciones conceptuales:

Población en Control Según Resultado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: Corresponde a los niños y niñas menores de 6 años que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, a los cuales se les ha aplicado, la "Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor" (EEDP) de 1 a 23 meses según norma, y el "Test de Desarrollo Psicomotor" (TEPSI) de 2 a 5 años, según norma. Ambos integrados al control de salud, obteniendo los siguientes resultados: Normal, Riesgo o Retraso.

De la aplicación de estos test, se puede obtener el dato de los niños y niñas con rezago. Se entiende por rezago el atraso de desarrollo de una o más de las áreas que se evalúan en niños "con resultado de EEDP o TEPSI Normal" además se consideran niños y niñas con rezago a los que se les aplicó Pauta Breve y en que su resultado fue "pauta breve alterada". Las áreas en el EEDP son: Coordinación, Motora, Lenguaje y Social; en el TEPSI: Coordinación, Motora y Lenguaje.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), clasificado según su condición de riesgo o retraso obtenido como resultado de la evaluación del desarrollo psicomotor.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección C: Población Menor de 1 Año en Control, según Score Riesgo en IRA y Visita Domiciliaria Integral en el Semestre.

Definiciones conceptuales:

Población Menor de 1 Año en Control, según Score Riesgo en IRA y Visita Domiciliaria Integral en el Semestre: Corresponde a los niños y niñas que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, de 1 a 6 meses, que ha recibido la aplicación del score de riesgo de morir por bronconeumonía, según norma, integrado al control de salud, obteniendo los siguientes resultados: riesgo leve, moderado o grave.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registra el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad, clasificado según condición obtenido como resultado de la aplicación del score de riesgo en IRA. En la última columna se debe registrar el número total de niños (as) que han recibido visita domiciliaria integral en el semestre, según su condición de riesgo moderado o grave.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Seccion D: Población en Control en el Semestre con Consulta Nutricional, según Estrategia.

Con el propósito de contribuir a la reducción de la obesidad y a la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles en la población chilena, hace una década que se ha estado introduciendo la intervención nutricional a través del ciclo vital como estrategia de fomentar la promoción de estilos de vida saludable en los niños (as), la práctica de buenos hábitos alimenticios y la actividad física.
La efectividad de esta intervención está comprobada al realizarla al 5to mes de vida, previo a la introducción de alimentos sólidos y a los 3 años y 6 meses, previo al inicio de la etapa pre escolar.

Definiciones conceptuales:

Consulta Nutricional al 5to mes: Corresponde a la atención nutricional de carácter promocional destinada a vigilar la lactancia materna e indicar cómo se debe realizar la correcta introducción de la alimentación sólida una vez que el niño o la niña cumpla los seis meses de vida (180 días), con énfasis en el fomento de hábitos de alimentación saludable evitando la introducción precoz de alimentos de alta densidad calórica y proteica; nada de sal ni azúcar.

Esta atención es realizada por profesional nutricionista y tiene un rendimiento de 2 pacientes por hora*.

Consulta Nutricional 3 años 6 meses: Corresponde a la atención nutricional con componente bucal, dirigida a educar en estilos de vida saludable, con énfasis en alimentación y actividad física. En esta atención se aplican pautas de evaluación buco-dentaria y se entregan recomendaciones de acuerdo al resultado de las pautas aplicadas, como refuerzo de higiene con cepillo y pasta fluorada (500 ppm), refuerzo del consumo de agua potable, moderación en el consumo de azúcar y sal, y control de malos hábitos bucales.

Esta atención es realizada por profesional nutricionista y tiene un rendimiento de 2 pacientes por hora (*).[3]

Nota: los niños y niñas que antes de esta edad ya presentaban malnutrición por exceso (sobrepeso, obeso) o por déficit (riesgo de desnutrir o desnutrido) ya se encuentran en consulta con Nutricionista.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de niños (as) que se encuentran bajo control en el establecimiento, y que durante el semestre recibieron la consulta nutricional del 5to mes y la

Consulta nutricional de los 3 años y 6 meses, según las definiciones mencionadas anteriormente.

Reglas de consistencia: No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

[3] (*) Fuente: "Programa Nacional de Salud de la infancia con enfoque integral" MINSAL, agosto 2013. Resolución Exenta Nº 426, 18 de Julio de 2013

Seccion E: Población Inasistente a Control del Niño Sano (Al Corte).

Definiciones conceptuales:

Población Inasistente a Control del Niño Sano: Corresponde a los niños(as) que no acudieron a control el día que estaban citados y que se encuentran en los plazos máximos de inasistencia según edad.

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

Estos niños(as) deberían ser rescatados antes de cumplir estos plazos máximos, con prioridad en menores de 2 años.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de niños(as) que se encuentran "inasistentes" a su control de salud, a la fecha de corte, por grupo de edad.

Reglas de consistencia

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección F: Población Infantil Según Diagnóstico de Presión Arterial (Incluida en la Sección A y A.1).

La detección temprana de pre hipertensión e hipertensión puede contribuir a disminuir los riesgos presentes y futuros en la salud, incluyendo el daño multiorgánico secundario y el riesgo de enfermedad cardiovascular. Dada la alta prevalencia de obesidad en nuestro país, es necesario vigilar la presión arterial a temprana edad.

Definiciones conceptuales:

Población Infantil Según Diagnóstico de Presión Arterial (Incluida en la Sección A y A.1): Co

Se considera a partir de los tres años de edad la medición de la presión arterial en el control de salud anual, independiente del estado nutricional de los niños (as). Para aquellos niños (as) que tienen necesidades especiales o que toman medicamentos que pueden elevar la presión arterial, deben ser controlados cada vez que asistan al Centro de Salud por los diferentes controles o por morbilidad.

Los resultados de la medición pueden ser: Normal (PA menor al percentil 90), Pre-Hipertensión (PA entre percentil 90 al 95), Etapa 1 (PA percentil 95 al 99) y Etapa 2 (PA mayor al percentil 99).

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños(as) que se encuentran bajo control en el establecimiento, según el resultado de medición de presión arterial, clasificado en normal, pre-hipertensión, hipertensión en etapa 1 o etapa 2, según grupo de edad expresada en meses.
El total de niños(as) por grupo edad debe estar incluido en la población bajo control de la sección A, según el grupo de edad respectivo.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección G: Población Infantil Eutrófica, Según Riesgo de Malnutrición por Exceso (Incluida en la Sección A y A.1).

En el marco de la prevención de obesidad y sobrepeso en la población infantil, se han incorporado una serie de acciones a ejecutar por los profesionales de salud, como la aplicación de pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en el control de salud de niños(as) una vez al año, a partir del primer mes de vida.

Definiciones conceptuales:

Población Infantil Eutrófica, Según Riesgo de Malnutrición por Exceso: Considera los menores con estado nutricional normal (eutróficos) que presenten dos o más factores de riesgo de malnutrición por exceso, son derivados a las distintas intervenciones nutricionales orientadas a disminuir los factores de riesgo cardiovascular, para contribuir a la prevención de enfermedades no transmisibles a temprana edad.

Algunos factores o condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso son:

- Madre y/o padre obeso
- Lactancia materna exclusiva inferior a 4 meses
- Recién nacido (RN) pequeño para la edad gestacional (PEG) o macroscópicos (peso mayor o igual a 4 kg).
- Antecedentes de diabetes gestacional en el embarazo
- Diabetes tipo II en padres y/o abuelos

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños(as) eutróficos que se encuentran bajo control en el establecimiento, y que han sido clasificados con o sin riesgo de malnutrición por exceso.

Reglas de consistencia:

El número total de niños(as) registrados en esta sección debe estar incluido en la población bajo control de la sección A y A.1, clasificado con diagnóstico nutricional integrado" normal", según grupo de edad expresado en meses.

Sección H: Población en Control Según Riesgo Odontologico

Definiciones conceptuales:

Total de niños/as en control: se refiere a la población infantil de niños (as) menores de 6 años que se encuentran bajo control odontológico en establecimientos con nivel primario de atención, y que han sido evaluados según pauta de riesgo odontológico, de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes y los indicadores alto riesgo / bajo riesgo e índice ceod, con una citación para este profesional y hasta un plazo máximo de inasistencia de 11 meses 29 días, desde la última citación, a la fecha del corte. Periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de insistentes. Al pasar 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa; o por egreso: si se constata que no es ubicable, ha cambiado su inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido

Evaluación de riesgo odontológico:

- **Bajo Riesgo:** corresponde a las niñas/os con categorías de Anamnesis y/o condición clínica de bajo riesgo y/o menos de dos de las otras categorías; según pautas de riesgo odontológico.
- **Alto Riesgo:** corresponde a las niñas/os con Categorías de Anamnesis y/o Condición clínica con registro de alto riesgo y/o dos o más de las otras categorías, según pautas de riesgo odontológico
- **Total :** corresponde al total de niñas y niños evaluados según pautas de riesgo odontológico

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), especificando el riesgo odontológico que presentan.

Reglas de consistencia:

R.1 El total de niños y niñas en control por sexo y edad, no puede ser inferior al total de niños y niñas por sexo y edad con de la evaluación de riesgo odontológico.

Sección I: Población en Control, Según Indice ceod

Definiciones conceptuales:

Total de Niños/as en Control: Corresponde a la población infantil de niños (as) menores de 6 años que se encuentran bajo control odontológico en establecimientos con nivel primario de atención, y que han sido evaluados según pauta de riesgo odontológico. De acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes y los indicadores: alto riesgo / bajo riesgo e índice ceod, con una citación para este profesional y hasta un plazo máximo de inasistencia de 11 meses 29 días, desde la última citación, a la fecha del corte. Periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de insistentes.

Al pasar 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa; o por egreso: si se constata que no es ubicable, ha cambiado su inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Índice ceod = 0: se debe registrar de acuerdo al examen diagnóstico si el niño/a está libre de caries clínicamente observable.

Índice ceod> 0: se debe registrar de acuerdo al examen diagnóstico si el niño/a presenta caries clínicamente observables.

Definiciones operacionales:

Total: se debe registrar el total de niñas y niños evaluados según sexo, edad e índice ceod.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Seccion J: Población Inasistente a Control Odontológico (al Corte)

Definiciones conceptuales:

Inasistencias: Cualquier paciente que haya faltado a su control programado sin re-agendamiento.

Definiciones operacionales: Se registra el total de niños inasistentes según edad, a la fecha de corte

Reglas de consistencia:
No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

REM-P3: Población en Control otros Programas

Secciones del REM-P3

Sección A: Existencia de Población en Control.

Sección B: Cuidadores de Pacientes con Dependencia Severa.

Sección C: Población en Control en Programa de Rehabilitación Pulmonar en Sala IRA-ERA.

Sección D: Nivel de Control de Población Respiratoria Crónica.

Definiciones Conceptuales y Operacionales de las Variables de REM-P3

Sección A: Existencia de Población en Control.

Definiciones conceptuales:

Población en control: corresponde a las personas que están bajo control en el establecimiento de salud a la fecha de corte, y están siendo tratadas por algún problema de salud o condición con médico, enfermera/o, kinesiólogo/a y/o nutricionista, y que tienen una citación para un próximo control con alguno de estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia.

Al pasar los plazos de inasistencia según edad desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. También, se deja de considerar como "población en control si se constata que no es ubicable, ha cambiado de previsión de salud, ha cambiado su inscripción a otro Centro de Salud o ha fallecido.

En particular, para menores de 10 años, se considera como abandono lo siguiente:

Menores de 1 año: 2 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

De 12 a 23 meses: 5 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

De 24 meses hasta 5 años 11 meses 29 días: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte. Periodo durante el cual, se activan los sistemas de rescate de inasistentes.

Síndrome Bronquial Obstructiva Recurrente (SBOR): Cuadro clínico de 3 o más episodios de obstrucción bronquial durante los dos primeros años de vida. Se caracteriza por la inflamación y estrechamiento de la pared bronquial e hipersecreción de mucus (flemas) que se acumula en el interior (lumen), lo cual lleva a la obstrucción de los bronquios dificultando el paso del aire. Los niños(as) bajo control con diagnostico confirmado según norma MINSAL, deben clasificarse en leve, moderado o severo.

Asma Bronquial: Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizada por obstrucción bronquial a distintos estímulos, total o parcialmente reversible, cuya evolución puede conducir a una modificación estructural de dichas vías (remodelación), provocando una obstrucción bronquial no reversible. Las personas bajo control con diagnostico confirmado según norma MINSAL, deben

categorizarse en Leve (Clasificación Intermitente y Persistente leve), Moderado (Clasificación Persistente moderada) y Severo (Clasificación Persistente Severa)

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): Se caracteriza por un fenómeno inflamatorio de la vía aérea responsable del aumento de la resistencia al paso del aire y que se acompaña de importantes síntomas sistémicos. Las personas bajo control con diagnostico confirmado según norma MINSAL, deben categorizarse en etapa A y B.

Otras Respiratorias Crónicas: Corresponde a la población bajo control por enfermedades respiratorias crónicas que incluye las siguientes patologías: Displasia Broncopulmonar, Enfermedad Pulmonar Difusa, LCFA, Silicosis, Enfisema Pulmonar, Bronquiectasias, Malformaciones Pulmonares Congénitas, Disquinesia Ciliar, Bronquiolitis Obliterante, Neumoconiosis.

Oxigeno Dependiente: Personas en control por enfermedades respiratorias crónicas que requieren de oxigeno como parte de su tratamiento.

Asistencia ventilatoria no invasiva o invasiva: usuarios pertenecientes a los programas ventilatorios en control

Fibrosis Quística: corresponde a la población bajo control que padece de esta patología que se define como enfermedad genética, multisistémica, de evolución crónica, progresiva y letal cuyas principales manifestaciones incluyen: enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia pancreática. El diagnóstico se confirma a través de la medición de los electrolitos en el sudor (test del sudor).

Epilepsia: Personas en control por enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes.

Enfermedad de Parkinson: Personas en control por enfermedad neurodegenerativas denominada Parkinson.

Artrosis de Cadera y Rodilla: Personas en control por enfermedad articular situada en caderas o rodillas.

Alivio Del Dolor: Personas en control por cuidados paliativos del dolor.

Hipotiroidismo: Personas en control, por hipotiroidismo. Es la deficiencia en la producción de hormonas tiroideas, la cual afecta aproximadamente a un 5% de la población. Ocurre cuando la glándula tiroidea está dañada y no es capaz de producir las hormonas tiroideas suficientes para mantener el metabolismo del cuerpo normal.

Persona Clasificada con Dependencia Leve, según Índice Barthel: Personas bajo control que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, en control, que en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje mayor o igual a 60 puntos.

Persona Clasificada con Dependencia Moderada, según Índice Barthel: Personas bajo control que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, que en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 40 y 55 puntos.

Persona clasificada con Dependencia severa No Oncológica: Corresponde a aquella persona de cualquier rango etario, que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, que según la evaluación por el Índice de Barthel obtiene 35 puntos o menos; o niñas y niños menores de 6 años de edad, y/o personas con diagnósticos de origen psiquiátrico e intelectual, que por criterio médico cumplan con criterios para ingresar al Programa, dada la necedad de apoyos y cuidados y la existencia de un cuidador(a).

Persona clasificada con Dependencia Severa Oncológica: Personas bajo control que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, que en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 20 y 35 puntos y padecen alguna patología cancerígena.

Personas clasificadas con Dependencia Severa con Ulceras por presión o Escaras: Personas bajo control que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, por discapacidad severa tanto oncológica como no oncológica, que padecen escaras.

Escaras: Lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de presión prolongada sobre prominencias Oseas o cartilaginosas.

Programa de Atención Domiciliaria por Dependencia Severa: Este programa corresponde a una estrategia de atención de salud que incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento, centrado en la persona con dependencia severa y su cuidador. Pretende mejorar la oportunidad de atención de las personas con dependencia severa y su cuidador(a), realizando la atención de salud correspondiente a la Atención Primaria de Salud en el domicilio familiar, resguardando la continuidad de la atención con los otros niveles de salud y el acceso a servicios locales y nacionales disponibles, mediante una adecuada articulación de la red intersectorial de servicios para personas con dependencia y sus familias.

El propósito del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con dependencia severa, es mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia severa, sus familias y cuidadores beneficiarios del sistema público de salud, e inscritos en APS, mediante acciones de salud integrales, cercanas y centradas en las personas dependientes y sus familias, considerando los aspectos promocionales, preventivos, curativos y paliativos de la atención en salud desarrollados dentro del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario.

La población beneficiaria corresponde a aquellas personas inscritas validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria, clasificadas como Dependiente Severo según el Índice de Barthel y su cuidador (a).

En caso que la situación de dependencia está asociada a niños menores de 6 años de edad, y a personas con diagnósticos de origen psiquiátrico e intelectual, que por motivos de las características de su ciclo vital y/o curso de la enfermedad no reflejan en el instrumento Barthel la necesidad de apoyo, el médico del establecimiento[4] , deberá realizar un certificado[5] que valide la dependencia y la necedad de apoyo de un cuidador y por tanto se solicita el Ingreso al Programa de Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa del Establecimiento. [6]

Total de Personas con Dependencia Severa: Corresponde a las personas que presentan dependencia severa, se encuentran bajo control en establecimientos de salud, y pertenecen al Programa de atención domiciliaria por dependencia severa, recibiendo las prestaciones en el domicilio.

Total de Personas con Ulceras por presión o Escaras: Corresponde a las personas que poseen dependencia severa y tienen escaras y se encuentran bajo control en establecimientos de salud, y pertenecen al Programa de atención domiciliaria por dependencia severa.

Personas con cuidador que recibe apoyo monetario: Corresponde a las personas que presentan dependencia severa, se encuentran bajo control en establecimientos de salud, y pertenecen al Programa de atención domiciliaria por dependencia severa, recibiendo las prestaciones en el domicilio y que cuentan con cuidador que recibe apoyo monetario.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de personas que se encuentran bajo control en el establecimiento por los distintos programas de salud a la fecha de corte. Se debe considerar el registro por patologías y/o condiciones, es decir, si un paciente padece Asma Bronquial y Artrosis de Cadera y Rodilla, se debe registrar ambas patologías.

Población de Pacientes con Dependencia Severa: Las personas con dependencia severa se registrarán según condición, y la suma de las personas con dependencia severa oncológica y no oncológica debe ser el total de personas con dependencia severa bajo control en el establecimiento. La existencia de personas con dependencia severa que padece Escaras, debe estar incluida en el número

[4] El médico que otorga el certificado, debe ser un médico del establecimiento de APS, donde la persona con dependencia severa, se encuentra inscrito.

[5] Este certificado debe ser adjuntado a la ficha de la persona con dependencia severa y/o registrado en la ficha clínica del establecimiento.

[6] (Programa de Atención Domiciliaria a personas con Dependencia Severa, MINSAL, Resolución Exenta Nº 1361 del 14 de Diciembre de 2016).

de personas con discapacidad severa oncológica o no oncológica. En relación a las personas con Dependencia Severa que pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria por Discapacidad Severa, se debe tener en cuenta que: Programa Atención Domiciliaria Por Dependencia Severa – Total Personas: corresponde al número de personas (que poseen dependencia severa y son beneficiarios del programa. Este registro debe estar incluido en el número total de personas dependientes severas clasificadas en oncológicos y no oncológicos.

Dependencia Severa con Escaras: corresponde al número de personas con dependencia severa con escaras, que son beneficiarios del programa. Este registro debe estar incluido en el número total de dependientes severos que pertenecen al programa y deben ser parte de las personas con dependencia severa oncológico y no oncológico. [7]

Reglas de consistencia:

R.1 La población bajo control con Espirometría Vigente no debe ser mayor al total de población declarada en control.

R.2 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

SECCION B: Cuidadores de Pacientes por Dependencia Severa.

Definiciones conceptuales:

Cuidador(a) es la persona que realiza los cuidados directos de la persona con dependencia severa, pudiendo ser un familiar o un cuidador externo a la familia (vecino(a), amigo(a), etc.)[8]

Cuidador(a) con apoyo monetario: Persona que realiza los cuidados directos de la persona con dependencia severa, pudiendo ser un familiar o un cuidador externo a la familia (vecino(a), amigo(a), etc.)9, beneficiario del estipendio.

Estipendio: Subsidio administrado por el Ministerio de Desarrollo Social a que consistente en una prestación monetaria de cargo fiscal, que se paga al o la cuidador(a) de una persona con dependencia severa.

Cuidador capacitado: corresponde al cuidador que ha recibido la capacitación de al menos 6 sesiones al año, de 45 minutos, por el equipo de salud del establecimiento, que contempla la entrega de herramientas necesarias para asumir los cuidados integrales de personas con dependencia severa, ya sea de forma grupal en establecimientos de salud u otros lugares accesibles para la población o de forma individual en el domicilio de la persona.

En caso de que las sesiones de educación, se realicen en el domicilio de las personas con dependencia severa y/o su cuidador, estas actividades NO se deben registrar de forma individual como visitas domiciliarias de tratamiento, se registran asociadas al REM P 03 al término de la capacitación de al menos 6 sesiones de educación al cuidador.

[7] Estos beneficiarios pueden o no recibir pago por cuidadores (estipendio), por lo tanto, se registrarán todos los pacientes que pertenecen al programa.

[8]En caso de que el cuidador no pertenezca al centro de salud en que se atiende la persona con dependencia severa, le corresponde de igual forma recibir las acciones de orientación para mantención y mejora de su situación de salud, evaluación de sobrecarga del cuidador, las capacitaciones y fomento de la participación correspondientes, y la orientación sobre beneficios en la red, entendiendo que el objetivo del programa es otorgar a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, una atención de salud integral a la persona con dependencia severa, su cuidador y familia.

En el caso, que el cuidador reciba la capacitación por segundo año consecutivo o más, se entenderá como cuidador capacitado a quien reciba 4 actividades de capacitación de 45 minutos.

Para el registro de producción, esto se debe hacer mediante los instrumentos definidos para tal efecto, en la orientación técnica del programa.

Se comprenderá como cuidador capacitado , al cual recibe un ciclo de al menos 6 sesiones para cuidadores nuevo y 4 para cuidadores antiguos de 45 minutos, de educación planificadas en base a las necesidades de la situación de la persona con dependencia severa y su cuidador (a) y que respondan al plan de Atención Integral Consensuado de la persona con dependencia severa y el Plan de Cuidado del Cuidador, ambos planes son producto de la evaluación integral realizada mediante la observación de la situación de dependencia severa de la persona y su cuidador, la aplicación de los instrumentos Barthel y Zarit y la priorización en conjunto con la diada persona con dependencia - cuidador(a).

Dado a que las temáticas para la capacitación son producto de la interacción de los elementos mencionados en el párrafo anterior, se proponen como elementos básicos para orientar en las capacitaciones de los cuidadores los siguientes temas:

- Educación entorno al cuidado de la persona con dependencia severa
- Calidad de Vida, autonomía, dignidad y espiritualidad de la persona con dependencia severa
- Importancia de la ocupación, roles, rutina en la vida de la persona con dependencia severa.
- Manejo postural, movilizaciones, ejercicios, alimentación, hidratación, manejo de heridas, ayudas técnicas y adaptaciones del entorno, manejo farmacológico, manejo de signos vitales,
- Acompañamiento del buen morir.
- Educación para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador
- Importancia del autocuidado, actividades de relajación y actividad física.
- Importancia de la comunicación al interior del núcleo familia y la diada persona con dependencia severa-cuidador(a)
- Fomento del tiempo libre y uso de las actividades locales que puedan ser un aporte para utilizar el tiempo libre del cuidador.
- Técnicas de protección articular y conservación de la energía.
- Educación entorno a los beneficios sociales de la diada y núcleo familiar y redes de apoyo.
- Beneficios sociales tanto a nivel local y nacional.
- Cartera de prestaciones de salud dirigidas a las personas con dependencia severa, su cuidador y familia.
- Ley de derechos y deberes de los pacientes, ley 20.422.
- Importancia de las redes de apoyo.

Cuidador capacitado con apoyo monetario: Corresponde al cuidador que ha recibido la capacitación por el equipo de salud del establecimiento, que contempla la entrega de herramientas necesarias para asumir los cuidados integrales de personas con dependencia severa y cumple con los mismos criterios del cuidador capacitado, pero que recibe apoyo monetario.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de personas cuidadoras de personas con dependencia severa. Se debe registrar el número total de cuidadores, los cuidadores de personas con dependencia severa que son beneficiarios del Programa de Atención Domiciliaria, desagregados en cuidadores que reciben apoyo monetario, total cuidadores capacitados y cuidadores capacitados con apoyo monetario. En cuidadores que reciben apoyo monetario del Programa de Atención Domiciliaria por Dependencia Severa, corresponde registrar el número total de cuidadores que reciben el beneficio.

En total cuidadores capacitados del Programa, se debe registrar el número de ellos que recibieron capacitación al menos una vez, desde que pertenecen al programa, registrando sólo un cuidador por paciente, aunque dos o más integrantes de la familia hayan recibido dicha capacitación.

En cuidadores capacitados con apoyo monetario, se registran sólo los cuidadores con apoyo monetario que recibieron capacitación al menos una vez, desde que pertenecen al programa, registrando sólo un cuidador por paciente, aunque dos o más integrantes de la familia hayan recibido dicha capacitación.

Reglas de consistencia:

R.1 Los cuidadores con apoyo monetario no deben ser mayores al total de cuidadores.

R.2 Los cuidadores con apoyo monetario deben ser igual al total de personas con "cuidador que recibe apoyo monetario de la sección A.

Sección C: Población en Control en Programa de Rehabilitacion Pulmonar en Sala IRA-ERA.

Definiciones conceptuales

Población en Control en Programa de Rehabilitacion Pulmonar en Sala IRA-ERA: El propósito del Programa de Rehabilitación Pulmonar es mejorar la funcionalidad y reducir los síntomas respiratorios en las actividades de la vida diaria en personas con EPOC que se encuentran bajo control en el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), en la Atención Primaria de Salud.

Los criterios de inclusión para ingresar al programa[10] son:

- Personas diagnosticadas con EPOC, sintomáticos respiratorios en las actividades de la vida diaria y que se encuentren bajo control en el programa ERA.
- Compromiso para cumplir con los requerimientos y asistencia al programa explicitado en un Consentimiento informado firmado.
- Evaluación por médico, en que se descartan comorbilidades que impidan su participación. Posibilidad de participar en el Programa sin aporte de Oxígeno.
- Disnea a lo menos grado 2 en la escala del MRCm.

Definiciones operacionales

En esta sección corresponde registrar el número de personas que a la fecha de corte han finalizado el programa de Rehabilitación Pulmonar en la sala IRA-ERA o mixta durante el semestre, por grupo etario y sexo, que se encuentran bajo control en el establecimiento (activos dentro del tarjetero).

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección D: Nivel de Control de Poblacion Respiratoria Crónica.

Definiciones conceptuales:

Asma Bronquial: Su nivel de control se realiza mediante la evaluación de características específicas, que permiten identificar manifestaciones clínicas de la patología, se pueden clasificar en cuatro niveles: controlado, parcialmente controlado, no controlado y no evaluada.

Los objetivos del tratamiento del asma bronquial es lograr el control de las manifestaciones clínicas y mantenerlo en el tiempo. El control del asma se puede dividir en dos componentes: Control actual, que se refiere a los síntomas, nivel o limitación de actividad, terapia de rescate y función pulmonar.

Componente de riesgo futuro, se refiere a la probabilidad de deterioro, exacerbaciones y en forma muy importante la declinación de la función pulmonar.

[10] Programa de Rehabilitación Pulmonar para la Atención Primaria, Unidad de Salud Respiratoria MINSAL, octubre 2013

Tabla 3: Clasificación del asma según niveles de control

Niveles de control del Asma			
A. Evaluación del control actual (últimas 4 semanas)			
Característica	**Controlado**	**Parcialmente controlado**	**No controlado**
Síntomas diarios	No (2 o menos/sem)	Más 2 veces/semana	Tres o más características del asma parcialmente controlada
Limitación de actividades	No	cualquiera	
Síntomas nocturnos	No	Cualquiera	
Necesidad medicamentos de rescate	No (2 o menos/sem)	Más de 2 veces/semana	
Función pulmonar (PEF/VEF1)	Normal	< 80 % valor predictivo o mejor valor personal	
B. Evaluación de riesgo futuro (riesgo de exacerbaciones, inestabilidad, rápida disminución de la función pulmonar, efectos adversos)			

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): Un adecuado control se establece si los pacientes cumplen las siguientes condiciones:

- Las exacerbaciones son infrecuentes y no requieren hospitalización.
- No requieren esteroides sistémicos crónicos.
- Presentan una reducción del grado de disnea en relación a la basal.
- No desarrollan insuficiencia respiratoria.
- Mantienen una buena tolerancia a fármacos inhalados.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas de la existencia de población en control con diagnóstico de asma bronquial que cuentan con evaluación de nivel de control a la fecha de corte. Se clasifican según las siguientes variables:

Controlado: Corresponde registrar el número de personas que no presenta ninguna de las características de la evaluación del control.

Parcialmente Controlado: Corresponde registrar el número de personas que presentan 1 o 2 de las características de la evaluación del control.

No Controlado: Número de personas que presenta 3 o más de las características de la evaluación del control.

No evaluada: Número de personas que no cuentan con evaluación de nivel de control.

En enfermedad pulmonar obstructiva crónica se debe registrar el número de personas que se encuentran bajo control en el establecimiento con diagnóstico de EPOC, y que cuentan con evaluación del control a la fecha de corte. Se deben clasificar según las siguientes variables:

Logra Control Adecuado: Se registra el número de personas que cumple con las condiciones indicadas.

No Logra Control Adecuado: Se registra el número de personas que no cumple con las condiciones indicadas.

No evaluada: Se registra el número de personas que no cuentan con evaluación del control a la fecha de corte.

Reglas de consistencia:

R.1 El total de Asma Bronquial en ambos sexos no puede ser mayor al total de Asma Bronquial de ambos sexos de la sección A.

REM-P4 Población en Control Programa de Salud Cardiovascular.

Secciones del REM-P4

Sección A: Programa Salud Cardiovascular (PSCV).

Sección B: Metas de Compensación.

Sección C: Variables de Seguimiento del PSCV al Corte.

Definiciones Conceptuales y Operacional Variables de REM-P4

Sección A: Programa Salud Cardiovascular (PSCV).

Definiciones conceptuales:

Personas en control en el PSCV: Corresponde a las personas que están bajo control en el Programa en el establecimiento de salud a la fecha de corte y pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular y están siendo tratadas por algún problema de salud cardiovascular con médico, enfermera o nutricionista y que tienen una citación para un próximo control con alguno de estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia de 11 meses 29 días, desde la última citación, a la fecha del corte, periodo en el cual se activa el sistema de rescate de inasistentes.

Al pasar 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. También, se deja de considerar como "población en control si se constata que no es ubicable, ha cambiado su inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Clasificación del Riesgo Cardiovascular: Corresponde a las personas que están bajo control en el Programa en el establecimiento de salud a la fecha de corte, y han sido clasificadas en el control de Salud Cardiovascular, según riesgo: bajo, moderado o alto.

Personas en control según patologías y factores de riesgo: Corresponde a las personas que están bajo control en el Programa en el establecimiento de salud a la fecha de corte, y han sido diagnosticadas como hipertensos, diabéticos o Dislipidemicos. Las personas diagnosticadas con factores de riesgo se clasifican en tabaquismo, antecedentes de infarto agudo al miocardio o antecedentes de enfermedad cerebro vascular.

Detección y prevención de la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC)[11]: Corresponde a las personas que están en control en el Programa en el establecimiento de salud a la fecha de corte, y se les ha aplicado la "Pauta de detección de Enfermedad Renal Crónica" (ERC) integrada al control de salud cardiovascular. La pauta de detección consiste en la evaluación la función renal a través de:

1) la estimación de la velocidad de filtración glomerular (VFGe) con un examen de creatinina plasmática, como indicador de la función renal

2) la determinación de la razón albúmina-a-creatinina (RAC) en una muestra aislada de orina matinal para detectar daño renal.

[11]ENFOQUE DE RIESGO PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Consenso 2014

La identificación de etapas en evaluación de función renal se relaciona con la estimación de la Velocidad de Filtración Glomerular (VFGe) y con la razón albuminuria-a-creatininuria (RAC). La primera se calcula de acuerdo al resultado de creatinina en sangre, entregado por el laboratorio, o según fórmulas matemáticas. La tendencia actual es utilizar la fórmula MDRD-4 (Modification of Diet in Renal Disease-4).

Sin enfermedad renal crónica (ERC): Personas diabéticas y/o hipertensas en PSCV que cumplen con las siguientes condiciones:

- Exámenes de orina normales (incluye examen de orina completo y razón albuminuria-a-creatininuria): sin proteínas (macro o microalbuminuria) y sin la presencia de otras alteraciones que indiquen daño renal (ej. cilindros, hematuria persistente, etc.)
- Velocidad de Filtrado glomerular: (VFGe) igual o mayor a 90 ml/min

ETAPA G1 Y ETAPA G2: Velocidad de Filtrado glomerular (VFGe) igual o mayor a 60 ml/min

ETAPA G3a: Velocidad de Filtrado glomerular (VFGe) igual o mayor de 45 a 59 ml/min

ETAPA G3b: Velocidad de Filtrado glomerular (VFGe) igual o mayor de 30 a 44 ml/min

ETAPA G4: Velocidad de Filtrado glomerular (VFGe) igual o mayor de15 a 29 ml/min

ETAPA G5: Velocidad de Filtrado glomerular (VFGe) menor a 15 ml/min

Pueblos Originarios: corresponde a las personas que se auto reconocen como algún pueblo originario, que se encuentran en control por el Programa de Salud Cardiovascular.

Este registro permite cuantificar a la población originaria que tiene completa la evaluación para determinar sus patologías y/o factores de riesgo, y la evaluación correspondiente a ERC. Las condiciones de vida de los pueblos originarios pueden influir, tanto en el desarrollo, como en la prevención de estas patologías y/o factores.

Población Inmigrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por patologías o factores de riesgo cardiovasculares.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas en control de PSCV, por grupo de edad y sexo, clasificados según riesgo cardiovascular (bajo, moderado, alto), según patología y factores de riesgo (hipertensos, diabéticos, Dislipidemicos, tabaquismo, antecedentes de infarto al miocardio (IAM), antecedentes de enfermedades cerebro vascular (AVC). Además, se registra el número de personas en PSCV que se les ha aplicado la pauta de detección de enfermedad renal crónica y se debe registrar, como subgrupo en la última columna, el número de pacientes diabéticos que tienen su pauta de detección enfermedad renal crónica (ERC).

La fila "Número de personas en PSCV" representa la población total que se encuentra bajo control en el Programa en el establecimiento, dado que independiente de su problema de salud o condición, es clasificada según riesgo cardiovascular que puede ser bajo, moderado o alto.

El registro de las columnas "Pueblos originarios" y "Población Inmigrantes" según sexo, debe estar contenido por los grupos de edad y sexo.

En la sección de "Personas bajo control según patología y factores de riesgo (existencia)", se debe registrar el número de personas por patología o factor de riesgo, independiente si presenta una o más patologías y uno o más riesgos.

Reglas de consistencia:

R.1 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

R.3 Las personas diabéticas declaradas "Sin enfermedad Renal", no debe ser mayor que el total de pacientes evaluados.

Seccion B: Metas de Compensación.

Definiciones conceptuales:

Personas bajo control por Hipertensión compensada: Corresponde a las personas que se encuentran en control en el Programa con diagnóstico de Hipertensión Arterial con control de la presión arterial a la fecha del corte, según la siguiente tabla:

HIPERTENSION ARTERIAL	
de 15 a 79 años con PA	PA<140/90 mmHg
80 y más años	PA<150/90 mmHg

La medición de la presión arterial considerada debe ser la más reciente respecto a la fecha del censo y con una antigüedad no mayor de un año.

Personas bajo control por Diabetes Mellitus Compensada: Corresponde a las personas que se encuentran en control en el Programa con diagnostico Diabetes Mellitus Tipo 2, y la cantidad Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) según la siguiente tabla:

DIABETES MELLITUS	
de 15 a 79 años	HbA1c <7 %
80 y más años	HbA1c <8 %

El programa monitorea a las personas que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 con los siguientes:

Niveles de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C): Menor a 7% con presión arterial menor a 140/90 mmHg y colesterol LDL menor a 100 mg/dl.

El examen y presión arterial considerada, debe ser el más reciente en relación a la fecha del censo y con una antigüedad no mayor de un año.

Personas bajo control en PSCV con riesgo cardiovascular alto: Corresponde a las personas que se encuentran en control en el Programa y que tienen un riesgo cardiovascular alto. Son personas que no padecen de diabetes, pero tienen un nivel de colesterol LDL menor a 100 mg/dl a la fecha de corte.

Personas bajo control con antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) y con prevención secundaria: Corresponde a las personas que se encuentra en control en el Programa y que han sido afectadas por enfermedades cardiovasculares a la fecha de corte, pudiendo ser isquémicas o hemorrágicas que están recibiendo prevención secundaria de un nuevo acontecimiento cardiovascular.

El tratamiento que reciben estas personas para disminuir la morbimortalidad y prevenir la ocurrencia de nuevos eventos cardiovasculares son el ácido acetil salicílico (AAS) u otro antiagregante plaquetario, y la estatina (simvastatina, pravastatina, lovastatina, atorvastatina, otros.)

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas en control de PSCV, por grupo de edad y sexo que tienen compensadas sus patologías.

El número de personas con Presión Arterial menor a 140/90 mmHg, están contenidas en el total de hipertensos, por lo tanto, debe ser menor o igual al total del número de personas con diagnóstico de Hipertensión, por grupo de edad y sexo.

El número de personas en control, con examen de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7% están contenidas en el total de diabéticos, por lo tanto, debe ser menor o igual al total del número de personas con diagnóstico Diabetes Mellitus, por grupo de edad y sexo.

El número de personas en control, con examen de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7%, y presión arterial menor a 140/90 mmHg y Colesterol LDL menor a 100 mg/dl están contenidas en el total de diabéticos, por lo tanto, debe ser menor o igual al total del número de personas con diagnóstico Diabetes Mellitus, por grupo de edad y sexo.

El número de personas en control, no diabéticas, con riesgo cardiovascular Alto con colesterol LDL menor a 100 mg/dl., debe ser menor o igual al número total de personas con riesgo cardiovascular Alto de la sección A.

El número de personas en control, con antecedentes de enfermedad cardiovascular en tratamiento con ácido acetilsalicílico, debe ser menor o igual al número total de personas con antecedentes de infarto (IAM) y enfermedad cerebro vascular (AVC) de la sección A.

El número de personas en control, con antecedentes de enfermedad cardiovascular en tratamiento con estatinas, debe ser menor o igual al número total de personas con antecedentes de infarto (IAM) y enfermedad cerebro vascular (AVC) de la sección A.

Reglas de consistencia:

R.1 Los pacientes declarados por grupo etario, deben ser menor o igual a los pacientes declarados en control de la sección A de la misma edad y diagnóstico.

R.2 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.3 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Seccion C: Variables de Seguimiento del PSCV al Corte.

Definiciones conceptuales:

Las personas que padecen de Diabetes Mellitus y se encuentran en control en el PSCV, deben ser monitoreadas permanentemente a fin de prevenir la ocurrencia de eventos cardiovasculares o nuevos episodio posterior a uno anterior. Las variables de seguimiento de personas diabéticas son:

Con razón albúmina creatinina RAC vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el programa a la fecha de corte, y tienen su evaluación de RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte. La RAC es la razón entre la medición de dos elementos en la orina: albúmina y creatinina. Se considera albuminuria* positiva cuando la RAC es mayor a 30 mg/g y es un indicador de ERC.

La albuminuria se utiliza para diagnosticar y monitorear la enfermedad renal. Un aumento de la albuminuria se asocia a un mayor riesgo de progresión de la enfermedad renal. Mientras que una disminución indicaría una mejoría de la ERC y un menor riesgo cardiovascular.

Con velocidad de filtración glomerular (VFG) vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen su evaluación de VFG vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte. Es un examen utilizado para verificar qué tan bien están funcionando los riñones. Específicamente, brinda un estimativo de la cantidad de sangre que pasa a través de los filtros en los riñones, llamados glomérulos. El examen mide qué tan bien están filtrando los riñones una sustancia de desecho llamada creatinina, la cual es producida por los músculos. Cuando los riñones no están funcionando tan bien como debieran, la creatinina se acumula en la sangre.

Pacientes con Fondo de Ojo vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen su evaluación de Fondo de ojo vigente, es decir, realizado dentro de los últimos 12 meses a la fecha del corte.

Pacientes con ECG vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen su electrocardiograma vigente, es decir, realizado dentro de los últimos 12 meses a la fecha del corte.

Pacientes diabéticos en tratamiento con insulina: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, que padecen Diabetes Mellitus, y se encuentran en tratamiento con insulina.

Pacientes diabéticos con hba1c >=9%: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, que padecen Diabetes Mellitus, y tienen como resultado de la última medición vigente (últimos 12 meses) la hemoglobina Glicosilada es superior o igual al 9%.

En tratamiento con IECA o ARA II: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, que padecen Diabetes Mellitus, y cuentan con inhibidores de enzima convertidora(IECA) o antagonista del sistema renina-aldosterona (ARA II).

Con un examen de colesterol LDL vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, que poseen un examen de medición del colesterol LDL realizado en los últimos 12 meses.

Pacientes diabéticos con evaluación de pie diabético vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, a quienes se les ha realizado una evaluación del pie diabético, como parte integral de un control de salud, en los últimos 12 meses, y cuyo resultado fue clasificado en: Riesgo bajo, Riesgo moderado, Riesgo alto y Riesgo máximo.

Esta evaluación debe ser realizada por médico o enfermera y es una acción, entre otras, que se efectúa a las personas con diabetes en un control habitual, no es una actividad adicional.

Las personas que padecen de Hipertensión y se encuentran en control en el PSCV, también deben ser monitoreadas permanentemente a fin de prevenir la ocurrencia de eventos cardiovasculares o nuevos episodio posterior a uno anterior. La variable de seguimiento por el Programa en personas con hipertensión es:

Con razón albúmina creatinina (RAC) vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen su evaluación de RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte. La RAC es la razón entre la medición de dos elementos en la orina: albúmina y creatinina. Se considera albuminuria* positiva cuando la RAC es mayor a 30 mg/g y es un indicador de Enfermedad Renal Crónica (ERC).

La albuminuria se utiliza para diagnosticar y monitorear la enfermedad renal. Un aumento de la albuminuria se asocia a un mayor riesgo de progresión de la enfermedad renal. Mientras que una disminución indicaría una mejoría de la ERC y un menor riesgo cardiovascular.

Con Evaluación Vigente del Pie según Pauta de Estimación del Riesgo de Ulceración en Personas con Diabetes: Se registra el número de pacientes diabéticos que al corte poseen su evaluación vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte), cuyos resultados son:

0=Riesgo bajo

1= Riesgo moderado

2= Riesgo alto

3= Riesgo máximo

Con Úlceras Activas de Pie Tratadas con Curación: Se registra el número de pacientes diabéticos que al corte han recibido curación Convencional o Avanzada (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte)

Población hipertensa en control por variable de seguimiento: Corresponde al número de pacientes hipertensos con presión arterial >= 160/100 mmHg.

Con razón albúmina creatinina (RAC) vigente: Corresponde al número de pacientes hipertensos, al corte, con RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Todas las personas en PSCV con IMC>=30 Kg/m2: Corresponde a las personas que presentan un IMC igual o mayor a 30 dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar a la población diabética bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, y que pertenece al Programa de Salud Cardiovascular, la cual debe ser registrada según cada una de las variables descritas anteriormente.

Cada número de personas consignado por variable no debe ser superior al número total de personas en control con Diabetes Mellitus.

Población diabética en control por variable de seguimiento:

Con Razón Albúmina Creatinina (RAC): Con razón albúmina creatinina (RAC) vigente: Corresponde al número de pacientes diabéticos, al corte, con RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

En caso que un paciente diabético también presente hipertensión: Prevalecerá para efectos de registro como persona diabética, debiendo consignar el dato en "PERSONAS DIABETICAS EN PSCV CON RAZON ALBÚMINA CREATININA (RAC), VIGENTE"

Con Velocidad de Filtración Glomerular (VFG): Se registra el número de pacientes que, al corte, poseen el resultado de VFG vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte)

Con Fondo de Ojo Vigente: Se registra el número de pacientes que, al corte, poseen la evaluación fonda de ojo vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte).

En Tratamiento con Insulina: Se registra el número de pacientes que, al corte, reciben tratamiento con insulina.

Con HbA1C>= 9 %: Se registra el número de pacientes que, al corte, el resultado de su examen hemoglobina Glicosilada un resultado superior o igual al 9%.

En Tratamiento con IECA o ARA II.: Se registra el número de pacientes diabéticos que al corte reciben tratamiento con Inhibidores de Enzima Convertidora (IECA) o Antagonista del sistema Renina-Aldosterona (ARA II).

Con un examen de colesterol LDL vigente: Se registra el número de pacientes diabéticos que al corte tiene su examen LDL vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte)

Reglas de consistencia:

R.1 Los pacientes diabéticos declarados por grupo etario en la sección C, no deben ser mayor a los pacientes Diabéticos en control de la sección A de la misma edad.

R.2 La suma de ambos sexos declarados en la sección C, debe ser igual al total de pacientes declarados por grupo etario en la misma sección.

REM-P5 Población en Control Programa de Salud del Adulto Mayor

Secciones del REM-P5

Sección A: Población en control por condición de funcionalidad.

Sección A.1: Existencia de población en control en Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" por condición de funcionalidad.

Sección B: Población bajo control por Estado Nutricional.

Sección C: Adultos Mayores con sospecha de maltrato.

Sección D: Adultos Mayores en actividad física.

Sección E: Adultos Mayores con riesgo de caídas.

Definiciones Conceptuales y Operacional Variables de REM-P5

Sección A: Población en control por condición de funcionalidad.

Definiciones conceptuales:

Población en Control: Corresponde a las personas adultos mayores que están en control con médico, enfermera o nutricionista en el cual se evalúa condición de salud, estado nutricional, antecedentes mórbidos (patologías crónicas y síndromes geriátricos), tratamientos farmacológicos, exámenes de laboratorio (VIH, SIFILIS, Glicemia, Colesterol Total, Baciloscopía), actividad física, entrega de alimentos complementarios (PACAM), aplicación de examen funcional del adulto mayor (EFAM), Índice de Barthel, Test de Yesavage, Test de Pfeffer, Test Folstein Extendido, Test de riesgo de caídas (Estación Unipodal y Timed UP AND GO), evaluación social, sospecha de maltrato, adicciones (alcohol, tabaco y otras) *.

Se considera como población bajo control a todas las personas que tienen citación para médico, enfermera hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 11 meses y 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Al pasar el plazo de inasistencia desde la última citación, se considera pasivo y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Dentro de los controles de salud la persona adulta mayor de acuerdo a su situación de salud puede ser derivada a consulta nutricional, consulta a kinésica, psicólogo, fonoaudiólogo y/o asistente social y otros.

El EFAM es una actividad que mide la funcionalidad de la persona, se valora a través de un instrumento de evaluación que se aplica por médico o profesional capacitado. Este instrumento clasifica según resultado en: Autovalente sin riesgo, Autovalente con riesgo, riesgo de dependencia. La vigencia es anual solo para los Autovalentes sin riesgo y semestralmente en pacientes frágiles (Autovalente con riesgo, riesgo de dependencia)[12].

No debe aplicarse a los adultos mayores que a simple vista presentan algún grado de dependencia, como, por ejemplo: usar bastones, andadores, muletas, silla de ruedas, presentar secuelas de accidente vascular, ceguera, etc. En estos casos corresponde evaluar a través del Índice de Barthel.

Índice de Barthel: Es un instrumento de evaluación que se aplica en el control de salud del adulto mayor hospitalizado, consultas, domicilio y/o residencias y consultas de rehabilitación, que permite obtener el porcentaje de pérdida de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) del adulto mayor.

Los resultados de su aplicación son: Dependencia Leve, Dependencia Moderada, Dependencia Grave y Dependencia Total[13].

La atención integral del adulto mayor, implica que una vez realizado el examen de medicina preventiva se confeccione un "plan de acción", según los resultados obtenidos en este examen.

Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen con algún pueblo originario, que se encuentran en control por el Programa del adulto mayor.

Población Inmigrante: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas bajo control en el Programa del adulto mayor a la fecha de corte, según grupo de edad y sexo de las personas, por condición de funcionalidad y las que pertenecen o se auto reconocen con un pueblo originario, y la población inmigrante según sexo.

El total de la población en control por condición de funcionalidad (con EFAM, Índice de Barthel) debe ser la suma de los adultos mayores Autovalentes sin riesgo, los Autovalentes con riesgo y los con riesgo de dependencias, más los adultos mayores con dependencia leve, moderada, grave o total.

Las personas registradas en pueblos originarios y población inmigrantes deben estar contenidas en los registros según edad, sexo y por su respectiva condición de funcionalidad.

Reglas de consistencia:

R.1 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

[12] *Fuente: "Manual de aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor" División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.*

[13] *Fuente: Guía de Prevención de Dependencia 2012, MINSAL*

Sección A.1: Existencia de población en control en Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" por condición de funcionalidad.

Definiciones conceptuales:

Este Programa se inicia con la participación de los adultos mayores pesquisados en el examen de medicina preventivo del adulto mayor (EMPAM) como Autovalentes sin riesgo, Autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia, en una intervención promocional y preventiva de estimulación de habilidades motoras, prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de vida saludable.

El objetivo de este Programa es prolongar la autovalencia del adulto mayor de 60 y más años, mejorando la condición funcional de las personas que están en riesgo de dependencia y manteniendo la condición de las personas que son Autovalentes. La estrategia del programa es

1. entregar continuidad a la estimulación funcional de los adultos mayores, mediante capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional a sus organizaciones sociales locales.

Constituyen Criterios de Ingreso al Programa:

- Personas de 65 años y más, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva vigente y con resultado de Autovalente Sin Riesgo, Autovalente Con Riesgo y En Riesgo de Dependencia, que manifieste su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso Informado.
- Personas entre 60 y 64 años, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva Vigente, que manifiesten su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso Informado.[14]

Definiciones operacionales:

Corresponde al número de personas que han ingresado al programa desde enero a la fecha de corte. Se registrará solo una vez, independiente de NO haber terminado el período de intervención correspondiente a la condición de funcionalidad por la que ingresó.

Se debe desagregar por grupo de edad y sexo de las personas, además de registrar en las últimas columnas las personas que pertenecen a pueblos originarios o son inmigrantes.

El número de personas que se registran en este programa, debe estar contenido en el número de personas registradas en la sección A, según grupo de edad, sexo, y condición de funcionalidad.

Nota: El grupo de 60 a 64 años, que no cumple criterios de adulto mayor, no posee evaluación funcional del EMPAM, deben ser registrados en la fila de la condición Autovalente sin riesgo (filas G y H 26). Esta instrucción es una convención con el equipo técnico ya que no es posible evaluarlos.

La información provendrá desde los tarjeteros del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Reglas de consistencia:

R.1 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

[14]ORIENTACIÓN TÉCNICA PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

R.2 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección B: Población en control por Estado Nutricional

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la población de adultos mayores que se encuentran bajo control en el establecimiento con nivel primario de atención, que ha sido evaluada según diagnóstico del

Estado Nutricional: Se clasifica en Bajo Peso, Normal, Sobrepeso y Obeso.

Los adultos mayores que padecen "dependencia moderada, grave o total", no pueden ser evaluados objetivamente a través de control de peso y talla, por lo tanto, deberán ser evaluados mediante la apreciación diagnóstica y/o aplicación de otros instrumentos de evaluación del estado nutricional, por el Profesional o Técnico, responsable del control del paciente.

Pueblos Originarios: corresponde a las personas que se auto reconocen con algún pueblo originario, que se encuentran en control por el Programa del Adulto Mayor.

Población Inmigrante: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, por grupo de edad y sexo de las personas, según la clasificación de su estado nutricional. Además, se registran las personas que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario y la población inmigrante, que sean parte del programa.

El total de adultos mayores según estado nutricional debe ser igual al total de población en control, por grupo de edad y sexo, registrado en la sección A.

Es posible que los adultos mayores clasificados según su estado nutricional no hayan recibido su evaluación por condición de funcionalidad al momento del corte, lo que provoca alteración en la cuadratura de ambas secciones, pero al ir avanzando hacia una atención

"Integrada" se debería llegar en un futuro, a la igualdad de registros.

Reglas de consistencia:

R.1 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Seccion C: Adultos Mayores con sospecha de maltrato.

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas de 65 años y más que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, que han sido detectados con sospecha de maltrato. Esto corresponde al abuso en personas mayores, que se define como cualquier acción o serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico a la persona y que ocurre dentro de una relación de confianza. El abuso a las personas mayores puede ser parte del ciclo de violencia familiar, que puede venir de cuidadores domiciliarios o puede ser el resultado de la falta de preparación de los sistemas de prestaciones sociales sanitarias para atender sus necesidades.

Las manifestaciones de abuso y maltrato de las personas mayores pueden tomar distintas dimensiones:

Abuso Físico: Causar daño físico o lesión, coerción física, como el impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada. También se incluye dentro de esta categoría el abuso sexual a una persona.

Abuso Psicológico: Causar daño psicológico, como el causar estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos.

Abuso Económico: La explotación de los bienes de la persona, el fraude o estafa a una persona adulta mayor, el engaño o robo de su dinero o propiedades.

Negligencia o Abandono: Implica descuido u omisión en la realización de determinadas acciones o el dejar desamparado a una persona que depende de uno o por lo cual uno tiene alguna obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada.

Negligencia intencionada: El cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona adulta los cuidados apropiados para su situación. Sin embargo, cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia o abandono no intencionado.

Hay factores de riesgo en el entorno del paciente, tales como:

En la familia; estrés del cuidador, nivel de dependencia de la persona adulta mayor, historia de violencia en la familia, dificultades personales y financieras del cuidador, alcoholismo u otras adicciones, falta de información y de recursos para la atención adecuada a una persona con discapacidad, aislamiento social del cuidador, falta de apoyo o de tiempo de respiro para el cuidador que es responsable por una persona discapacitada 24 horas, 7 días a la semana.

En Instituciones u Hogares Comunitarios: La institución impide u obstaculiza las visitas o los contactos del adulto mayor con la comunidad, no está en un registro oficial o le falta la acreditación apropiada, no tiene monitoreo o supervisión pública de los servicios, contrata cuidadores sin capacitación para la atención a adultos mayores frágiles y discapacitados, mantiene una razón de cuidadores por número de personas discapacitadas y con demencia que es menor a la necesaria para atender las necesidades básicas de este grupo vulnerable, no ofrece privacidad a los residentes y estos se encuentran en hacinamiento, no hay evidencia de participación de la comunidad en actividades del hogar o institución, la estructura física de la Institución no está adaptada para el acceso y la movilidad de personas con discapacidades.

Los indicadores de un posible abuso o negligencia, son: Abuso, evidencia de lesión, especialmente múltiples en diferentes grados de resolución, fracturas que no tienen causa determinada, evidencia de lesiones no atendidas, señales de estar amarrado, atado o golpeado, enfermedades de transmisión sexual en personas incapaces de consentirlo, falta de higiene, desnutrición severa, deshidratación, hipotermia o ulceras por presiones no atendidas.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, por grupo de edad y sexo de las personas, que se sospecha que son víctima de maltrato.

Reglas de consistencia:

R.1 Los pacientes con sospecha de maltrato no pueden ser mayor que el total de Adultos Mayores en Control, declarados en la sección A.

Sección D: Adultos Mayores en actividad física.

Definiciones conceptuales:

Corresponde a los adultos mayores que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, y que realizan actividad física. Se considera que realiza actividad física cuando lo hace más de 3 veces por semana y alrededor de 30 minutos cada vez.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, por edad y sexo de las personas, que pertenecen al programa de actividad física del establecimiento, de la comuna y/o municipalidad.

Reglas de consistencia:

R.1 Los Adultos Mayores en actividad física, no pueden ser mayor que el total de Adultos Mayores clasificados como Autovalentes sin/con riesgo y los riesgos de Dependencia, declarados en la sección A.1.

Sección E: Adultos mayores con riesgo de caídas.

Definiciones conceptuales:

1) **Timed UP and GO (TUG)[15]:** La prueba consiste en medir el tiempo requerido para efectuar un recorrido de tres metros (mide equilibrio dinámico).

- Utilizar una silla sin brazos
- Los tres metros se miden desde las patas delanteras de la silla, en dirección recta hasta un punto de referencia, marcadas con un cono o botella plástica con agua.
- Al inicio la persona debe estar sentada con la espalda bien apoyada contra el respaldo, los brazos al costado y los pies tocando el suelo.
- Se solicita a la persona que se pare sin apoyarse y camine como lo hace habitualmente, hasta el cono o botella y vuelva a sentarse.
- Se inicia la medición del tiempo cuando la persona despega la espalda de la silla, y se detiene cuando retoma la posición inicial.
- Si la persona requiere algún tipo de ayuda para ponerse de pie, se suspende la prueba y se clasifica con alto riesgo de caída:

  Normal =< 10 seg.

  Riesgo leve de caída 11 a 20 seg.

  Alto riesgo de caída > 20 seg.

2) **Estación Unipodal:** Es una prueba que consiste en mantener el equilibrio corporal el mayor tiempo posible, apoyado en una extremidad inferior y la otra levantada al nivel de la cadera con la rodilla doblada en un ángulo de 90 grados.

A las personas con evidentes problemas de equilibrio, como el usar productos de apoyo (ayudas técnicas) no se les debe aplicar esta prueba.

Criterios para la aplicación de la prueba.

- El evaluador deberá demostrar la ejecución de la prueba
- El evaluador deberá situarse a un costado de la persona a evaluar, estar atento a posibles pérdidas de equilibrio.
- Se solicita a la persona pararse con los brazos cruzados sobre el tórax apoyando las manos en los hombros, luego se le solicita levantar una pierna hasta llegar al nivel de la cadera con la rodilla doblada o flectada en un ángulo de 90 grados. Debe mantenerse en esa posición el mayor tiempo posible.
- Repetir lo mismo con la otra extremidad.
- El tiempo se medirá en segundos, desde el momento en que la persona logra el ángulo de 90 grados.
- Repetir la prueba tres veces en cada pie, se registra el mejor tiempo obtenido

  Normal: >= 5 segundos Alterado:< 4 segundos

Criterios de alteración de la prueba.

- Si descruza los brazos y busca apoyo.

[15] *Fuente: "Manual de aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor" División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.*

- Si se desestabiliza o las extremidades inferiores se tocan entre sí.
- Cuando el pie elevado toca el suelo o está de pie.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, según grupo de edad y sexo de las personas, según el nivel de riesgo obtenido como resultado de los instrumentos aplicados: normal, leve o alto.

Reglas de consistencia:

R.1 Los Adultos Mayores con evaluación de riesgo de caídas, deben ser menor o igual al total de Adultos Mayores con EFAM declarados en la sección A.

REM-P6 Población en Control Programa de Salud Mental en Atención Primaria y Especialidad

Secciones del REM-P6

Sección A: Atención Primaria.

Sección A.1: Población en control en APS al corte.

SecciónA.2: Programa de Rehabilitación en Atención Primaria (personas con trastornos psiquiátricos).

Sección A.3: Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria.

Sección B: Atención de Especialidades

Sección B.1: Población encontrol en especialidad al corte.

Sección B.2: Programa de Rehabilitación en Especialidad (personas con trastornos psiquiátrico).

Definiciones Conceptuales y Operacional Variables de REM-P6

A. Atención Primaria

Seccion A.1: Población en Control en APS al Corte.

Corresponde a las personas que están en control con médico o psicólogo (terapeuta ocupacional, asistente social, enfermera u otro profesional capacitado), por factores de riesgo y condicionantes de salud mental y/o por diagnósticos de trastornos mentales.

Población en control: Se considera como población bajo control a todas las personas que tienen citación para estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 45 días, a la fecha del corte. En este periodo se activa el sistema de rescate de inasistentes.

Al pasar el plazo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Definiciones conceptuales:

Factores de Riesgo y Condicionantes de la Salud Mental:

Violencia: Corresponde a cualquier acción o conducta, que cause muerte, daño o sufrimiento, tanto físico, psicológico como sexual, que se pueda dar en la vía pública y/o en el ámbito privado. Incluye la violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica, o en cualquier relación interpersonal.

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 (Guía Clínica Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual, MINSAL y UNICEF, 2011, pp. 9- 10).

Personas con Diagnósticos de Trastornos Mentales:

Trastornos del Humor (Afectivos) en nivel de APS:

- Depresión Leve
- Depresión Modera
- Depresión Grave
- Depresión Post parto
- Trastorno Bipolar

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
- Otras demencias (Incluye Alzheimer): - Leve
  - Moderado.
  - Grave
- Esquizofrenia
- Trastornos de la conducta alimentaria

- Retraso mental
- Trastorno de personalidad
- Trastorno generalizado del desarrollo
- Otras

Población en control de Gestantes: corresponde a las mujeres gestantes que están bajo control en el Programa de Salud Mental, por algún factor de riesgo relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancias, por haber sido diagnosticada con depresión (leve, moderada o grave) o por padecer algún trastorno mental o del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas.

Población en control de Madres de hijo menor de 5 años: corresponde a las mujeres madres de hijo menor de 5 años, que están bajo control en el Programa de Salud Mental, por padecer de Trastorno del Humor Afectivo (depresión en alguno de sus niveles o trastorno bipolar), en el transcurso de los 5 primeros años del nacimiento de su hijo(a) y que no fueron diagnosticadas con depresión postparto.

Población en control de Pueblos Originarios: corresponde a las personas que se auto reconocen con pueblo originario, que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

Población en control de Inmigrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de población en control en establecimientos que brindan atención primaria de salud, tales como Hospitales de baja complejidad, Centros de Salud Familiar, Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rural, Centros Generales Urbanos, Centros Generales Rurales, Centros Comunitarios de Salud Familiar o Postas de Salud Rural.

En la fila 13 "Número de personas en control en el Programa" como en la fila 18 "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.

Además, se debe registrar el número de personas en control que presentan factores de riesgo y/o diagnóstico de algún trastorno mental a la fecha del corte, desglosado por sexo, grupo de edad condición de gestante, madre de hijos menores a 5 años, y por población perteneciente a pueblos originarios o población inmigrante.

Si una persona presenta más de un riesgo y/o más de un condicionante y/o más de un diagnóstico de trastornos de salud mental, se deberá registrar todas las que correspondan, exceptuando las filas 13 y 18.

La población bajo control de gestantes, madres de hijo menor de 5 años, pueblos originarios y población inmigrante debe estar incluida en la población registrada según grupo de edad y sexo de las personas atendidas.

Respecto a la población de gestantes en control, en este Programa:

Corte a Junio: Corresponde registrar a aquellas mujeres, que están o estuvieron en control en el Programa de Salud Mental durante el semestre, en condición de gestante.

Corte a Diciembre: Corresponde registrar a aquellas mujeres, que están o estuvieron en Control en el Programa de Salud Mental durante el año (Ene a Dic), en condición de gestante.

Reglas de consistencia:

R.1 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección A.2: Programa de Rehabilitación (Personas con Trastorno Psiquiátrico.

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 especializado en salud mental y psiquiatría en establecimientos del nivel primario de atención.

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 período máximo de dos años.

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 período máximo de dos años.

Población en control en el Programa: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa de Rehabilitación de Trastornos Psiquiátricos en el establecimiento del nivel primario, con el fin de recuperar y reforzar capacidades y habilidades para una vida autónoma al interior del hogar, en la comunidad y de reinserción socio-laboral.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registra el número de personas en control que pertenecen al Programa de Rehabilitación en el establecimiento de atención primaria a la fecha de corte, según tipo de rehabilitación que puede ser I o II, desglosadas por sexo y grupo de edad.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección A.3: Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria.

Definiciones conceptuales:

Población en control: corresponde a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que están en control en el Programa de Acompañamiento Psicosocial.

Se considera como población bajo control a todas las personas que se encuentran vigentes en el Programa, habiendo recibiendo prestaciones en los últimos 30 días.

Una persona puede estar en control en Programa de Acompañamiento Psicosocial, y a la vez formar parte de la población bajo control de otros Programas del Centro de Salud, incluyendo el Programa de Salud Mental.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de población en control en establecimientos que brindan atención primaria de salud, tales como Hospitales de baja complejidad, Centros de Salud Familiar, Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rural, Centros Generales Urbanos, Centros Generales Rurales que ejecutan el Programa de Acompañamiento Psicosocial.

En la fila 51 "Número de personas en control en Programa de Acompañamiento Psicosocial", se deberá registrar el número de personas que se encuentran bajo control en el Programa, independiente del número de factores de riesgo psicosocial que la persona tenga.
Se debe consignar la información desglosada por sexo, y por grupo de edad entre los 0 y 24 años.
Corte a Junio: Corresponde registrar a aquellas personas que están en control en el Programa de Acompañamiento Psicosocial con corte al 30 de Junio.
Corte a Diciembre: Corresponde registrar a aquellas personas que están en control en el Programa de Acompañamiento Psicosocial con corte al 31 de Diciembre.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Seccion B.1: Población en Control en Especialidad al Corte

Definiciones conceptuales:

Población en control: Corresponde a las personas que están en control en el nivel secundario con médico o psicólogo (terapeuta ocupacional, asistente social, enfermera u otro profesional capacitado), por factores de riesgo y condicionantes de salud mental y/o por diagnósticos de trastornos mentales.

Se considera como población bajo control a todas las personas que tienen citación para estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 45 días, a la fecha del corte. En este periodo se activa el sistema de rescate de inasistentes.

Al pasar el plazo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Población en Control según Factores de Riesgo y Condicionantes de la Salud Mental:

Violencia: Corresponde a cualquier acción o conducta, que cause muerte, daño o sufrimiento, tanto físico, psicológico como sexual, que se pueda dar en la vía pública y/o en el ámbito privado. Incluye la violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica, o en cualquier relación interpersonal.

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 [16]

Personas con Diagnósticos de Trastornos Mentales:

Trastornos del Humor (Afectivos) en nivel de especialidad

- **Depresión Refractaria:** Paciente con diagnóstico clínico de episodio depresivo quien ha recibido al menos dos esquemas de tratamiento adecuados en tiempo y dosis sin respuesta.
- **Depresión Grave con Psicosis:** Paciente que cumple criterios generales del episodio depresivo y que además cumple criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos a excepción del criterio D y no cumple los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizo afectivo, con presencia de Presencia de (1) Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia- criterios G1.1.b), c) y d) de F20.0-F20.3- (es decir, ideas delirantes, que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio o (2) Estupor depresivo.

[16](Guía Clínica Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual, MINSAL y UNICEF, 2011, pp. 9- 10).

- **Depresión con alto riesgo Suicida:** Paciente que cumple criterios diagnósticos para episodio depresivo y además manifiesta una intención concreta de hacerse un daño, con un intento previo o actual de autoeliminación previo, expresión de desesperanza, rechazo del apoyo social y no rectifica sus ideas.

- **Depresión post parto:** Aquella que ocurre hasta un año después dar a luz.

- **Trastorno Bipolar:** Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del paciente están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados.

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
- Otras demencias (Incluye Alzheimer): - Leve
  - Moderado.
  - Grave
- Esquizofrenia
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Retraso mental
- Trastorno de personalidad
- Trastorno generalizado del desarrollo
- Otras

Población en control de Gestantes: Corresponde a las mujeres gestantes que están bajo control en el Programa de Salud Mental, por algún factor de riesgo relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancias, por haber sido diagnosticada con depresión (refractaria, grave con psicosis o con alto riesgo suicida) o por padecer algún trastorno mental o del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas.

Población en control de Madres de hijo menor de 5 años: Corresponde a las mujeres madres de hijo menor de 5 años, que están bajo control en el Programa de Salud Mental, por padecer de Trastorno del Humor Afectivo (depresión en alguno de sus niveles o trastorno bipolar), en el transcurso de los 5 primeros años del nacimiento de su hijo(a) y que no fueron diagnosticadas con depresión postparto.

Población en control de Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen con pueblo originario, que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

Población en control de Inmigrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de población en control en establecimientos que brindan atención de Especialidad, tales como Centros de Diagnóstico y Tratamiento, Centros Relacionales de Salud, Hospitales de Mediana Complejidad, Hospitales de Alta Complejidad y Centros comunitarios de salud mental.

En la fila 52 "Número de personas en control en el Programa" como en la fila 57 "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.

Además, se debe registrar el número de personas en control que presentan factores de riesgo y/o diagnóstico de algún trastorno mental a la fecha del corte, desglosado por sexo, grupo de edad condición de gestante, madre de hijos menores a 5 años, y por población perteneciente a pueblos originarios o población inmigrante.

Si una persona presenta más de un riesgo y/o más de un condicionante y/o más de un diagnóstico de trastornos de salud mental, se deberá registrar todas las que correspondan, exceptuando las filas 52 y 57.

La población bajo control de gestantes, madres de hijo menor de 5 años, pueblos originarios y población inmigrante debe estar incluida en la población registrada según grupo de edad y sexo de las personas atendidas.

Respecto a la población de gestantes en control, en este Programa:

Corte a Junio: Corresponde registrar a aquellas mujeres, que están o estuvieron en control en el Programa de Salud Mental durante el semestre, en condición de gestante.

Corte a Diciembre: Corresponde registrar a aquellas mujeres, que están o estuvieron en Control en el Programa de Salud Mental durante el año (Ene a Dic), en condición de gestante.

Reglas de consistencia:

R.1 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección B.2: Programa de Rehabilitación en Especialidad (Personas con Transtornos Psiquiátrico)

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 especializado en salud mental y psiquiatría en establecimientos del nivel de especialidades.

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 período máximo de dos años.

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 período máximo de dos años.

Población en control en el Programa: corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa de Rehabilitación de Trastornos Psiquiátricos en el establecimiento del nivel de especialidad, con el fin de recuperar y reforzar capacidades y habilidades para una vida autónoma al interior del hogar, en la comunidad y de reinserción socio-laboral.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas en control que pertenecen al Programa de Rehabilitación en el establecimiento de especialidad a la fecha de corte, según tipo de rehabilitación que puede ser I o II, desglosadas por sexo y grupo de edad.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

REM-P7 Familias en Control de Salud Familiar.

Este REM lo deben confeccionar e informar sólo los "Centros de Salud Familiar" (CESFAM) y "Centros Comunitarios de Salud Familiar" (CECOF) acreditados. Cada CESFAM y cada CECOF debe informar separadamente, independiente que el CECOF dependa de un CESFAM Madre, éste tiene asignado un sector en particular de la población.

Secciones del REM-P7

Sección A.: Clasificación de las Familias Sector Urbano.

Sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural.

Sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural.

Definiciones Conceptuales y Operacional Variables de REM-P7

Sección A: Clasificación de las Familias Sector Urbano.

Definiciones conceptuales:

N° de Familias Inscritas: Corresponde al número total de familias inscritas por sector geográfico o adscritas al equipo de cabecera por sector, según modalidad de sectorización, a la fecha de corte.

N° de Familias Evaluadas con cartola / encuesta familiar: Corresponde al número total de familias que han sido evaluada, a la fecha del corte, mediante la aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer su grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial.

N° de Familias en Riesgo Alto: Corresponde al número de familias que presentan riesgo alto según la evaluación realizada, a la fecha del corte.

N° de Familias en Riesgo Medio: Corresponde al número de familias que presentan Riesgo Medio según la evaluación realizada, a la fecha del corte.

N° de Familias en Riesgo Bajo: Corresponde al número de familias que presentan Riesgo Bajo según la evaluación realizada, a la fecha del corte.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de familias inscritas, de ellas cuantas con evaluación aplicada y de estas últimas cuantas clasificadas en riesgo alto y mediana, en los diferentes sectores.

Reglas de consistencia: No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural.

Definiciones conceptuales:

N° de Familias Inscritas: Corresponde al número total de familias inscritas por sector geográfico o adscritas al equipo de cabecera por sector, según modalidad de sectorización, a la fecha de corte.

N° de Familias Evaluadas con cartola / encuesta familiar: Corresponde al número de familias por sector, evaluadas en el semestre a la fecha del corte.

N° de Familias en Riesgo Alto: Corresponde al número de familias que presentan riesgo alto según la evaluación realizada, a la fecha del corte.

N° de Familias en Riesgo Medio: Corresponde al número de familias que presentan Riesgo Medio según la evaluación realizada, a la fecha del corte.

N° de Familias en Riesgo Bajo: Corresponde al número de familias que presentan Riesgo Bajo según la evaluación realizada, a la fecha del corte.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar información de familias evaluadas, detectadas en riesgo y aquellas que entran a intervención, durante el semestre antes del corte.

En las secciones A y B deben informar los CESFAM Y CECOF. Cada uno deberá registrar el número de familias en los sectores que les corresponda. Si un CECOF depende de un CESFAM madre, el CECOF debe registrar en el/los sectores asignados para atender y el CESFAM en sus sectores asignados, descontando el sector asignado e informado por el CECOF.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural.

Definiciones conceptuales:

N° de familias con plan de intervención: Corresponde al número de familias por sector que fueron detectadas como riesgo en la evaluación y que fueron ingresadas con un plan integral de intervención familiar en el semestre, a la fecha de corte.

N° de familias sin plan de intervención: Corresponde al número de familias por sector que fueron detectadas como riesgo en la evaluación y que no fueron ingresadas ya que no cuentan con un plan integral de intervención familiar en el semestre, a la fecha de corte.

N° de familias egresadas de planes de intervención: Corresponde al total de familias intervenidas y que son egresadas durante el semestre evaluado. Las causales pueden ser por las siguientes razones: Alta por cumplir el plan de intervención, Alta por traslado de establecimiento, Alta por derivación debido a complejidad del caso o Alta por abandono.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar información de familias asignadas al establecimiento de salud rural, las familias evaluadas, detectadas en riesgo y que entran a plan intervención,

durante el semestre antes del corte. Además de familias pesquisadas por técnico paramédico para estudio de familia y número de familias con encuesta vigente.

El número de familias evaluadas, en riesgo alto ingresadas a plan de intervención, pesquisadas para estudio de familia y/o con encuestas vigentes: cada una de estas variables, no puede ser mayor al número de familias que vive en la jurisdicción de la Posta.

En esta sección deben registrar todos los establecimientos de salud rural, tales como Postas de Salud Rural por establecimiento (no consolidado de ellas); la población que atiende una PSR se considera un sector en sí mismo; o cualquier otro establecimiento de salud rural que no funcione en el marco de salud familiar, con sectorización designada para la atención.

Si un CESFAM, tuviese sectores urbanos y rurales asignados deberá registrar toda su información de familias inscritas, en secciones A y B. Prima el principio estadístico, se registra donde se hacen las acciones en este caso donde se encuentra la población (familias) bajo control.

Reglas de consistencia:

R.1 El Total de familias con plan de intervención debe ser igual a las familias inscritas en el sector rural y urbano.

REM-P9 Población en Control Adolescente.

Secciones del REM-P9

Sección A: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según Estado Nutricional.

Sección B: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según educación y trabajo.

Sección C: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según áreas de riesgo.

Sección D: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según ambitos Gineco – Urológico / Sexualidad.

Sección E: Población Adolescente que recibe consejería.

Definiciones Conceptuales y Operacional Variables de REM-P9

Generalidades

Con el objetivo de evaluar el estado de salud y promover el normal crecimiento y desarrollo de los y las adolescentes, así como fortalecer los factores y conductas protectoras y pesquisar precozmente los riesgos y problemas de salud. A partir del año 2012, se desarrolla una intervención preventiva denominada inicialmente "Control de Salud Joven Sano"; actualmente "Control de Salud Integral de Adolescentes", con el propósito de intervenir en forma oportuna, integrada e integral.

La evidencia científica y la literatura, respalda este tipo de intervención que desarrolla acciones tempranas, oportunas, integrales e integradas, para impactar positivamente en la salud de adolescentes.

Total de adolescentes en control: Corresponde a la población total de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días que se encuentra bajo control en establecimientos de salud primario de atención y que se les ha realizado el Control de Salud Integral, evaluados con instrumento CLAP (modificado), según orientaciones técnicas vigentes17.

Se entiende también, a los y las adolescentes, cuyos controles de salud integral han sido realizados por Médico, Matrona/ón o Enfermera/o, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 11 meses y 29 días a la fecha de corte, periodo durante el cual se activa el sistema de rescate de usuarios/as inasistentes.

[17] Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, 2016.

Sección A: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según Estado Nutricional.

Definiciones conceptuales:

Total de adolescentes en control, según estado nutricional: Corresponde a la población de adolescentes de 10años hasta 19 años 29 días, que se encuentran bajo control en APS de atención, y que han sido evaluados por profesionales que realizan el control de salud integral, según su estado nutricional de acuerdo a la norma nutricional y la orientación técnica del Control de Salud Integral de Adolescentes, vigente[18-19] los indicadores IMC/edad, talla/edad y perímetro de cintura/edad[20].

Indicadores de Evaluación Nutricional

- **Talla para la edad (T/E):** Es el indicador resultante de comparar la talla del niño, niña y adolescente con la talla de referencia correspondiente a su edad; permite evaluar el crecimiento lineal alcanzado.
- **IMC para la edad (IMC/E):** Es el indicador resultante de comparar el IMC de niños y niñas mayores de 5 años y adolescentes con el IMC de referencia correspondiente a su edad según las referencias de crecimiento corporal OMS 2007.˙ Para su cálculo se debe considerar la siguiente fórmula: IMC **= Peso (kg)/ (talla (m))²,** y el resultado debe ser comparado con la clasificación del estado nutricional, según IMC para la edad.
- **Perímetro de cintura para la edad (PC/E):** Es el indicador resultante de comparar el perímetro de cintura del niño, niña o adolescente con el perímetro de cintura de referencia correspondiente a su edad. Esta medición se realiza para determinar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes, entreotras.
- **Diagnostico nutricional integrado:** La combinación de los indicadores antes descritos permiten realizar un diagnóstico nutricional integrado, permitiendo una evaluación nutricional más precisa mediante escalas de valoración nutricional o denominaciones como: riesgo de desnutrir, déficit ponderal, desnutrido, normal, obeso , obeso severo Este Diagnostico nutricional integrado lo debe ser realizado por profesional nutricionista.

Pueblos Originarios: Corresponde a los adolescentes que se identifican con algún pueblo indígena u originario, bajo control en establecimientos de salud primario de atención y que se les ha realizado el Control de Salud Integral.

Población Inmigrante: Corresponde a los adolescentes cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en establecimientos de salud primario de atención y que se les ha realizado el Control de Salud Integral. Cabe señalar que los hijos de inmigrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

[18]Norma para la evaluación Nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años de edad, MINSAL 2016. *http://dipol.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/08/NORMA-EVALUACION-NUTRICIONAL-NI%C3%91OS.pdf*

[19].Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes 2016. MINSAL 2016. *http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-CONTROL-DE-SALUD-INTEGRAL-FINAL.pdf*

[20]Las tablas para identificar el perímetro de cintura se mantienen, de acuerdo a la información encontrada en las referencias 1 y 2

Definiciones operacionales:

- En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo, especificando los indicadores nutricionales y parámetros de medición. Además, se registran los adolescentes que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son de población de inmigrantes.
- La sumatoria de los adolescentes registrados en los indicadores antropométricos registrados y el diagnóstico nutricional integrado, más los adolescentes calificados como desnutridos secundarios, debe ser coincidente con el total de población con Control Salud Integral.

Reglas de consistencia:

R.1 El total de adolescentes en control no debe ser diferente al total del diagnóstico nutricional integrado.

R.2 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.3 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección B: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según educación y trabajo.

Definiciones conceptuales:

La educación, es un factor protector para el desarrollo psicosocial de los y las adolescentes, ya que además de que se relaciona con el desempeño escolar (en lo que se refiere al aprendizaje formal de conocimientos de diferentes áreas), también se involucra con las relaciones interpersonales que forma y mantiene el individuo, con las capacidades y habilidades que vaya desarrollando, ayuda al aprendizaje e interiorización del acatamiento de normas y valores de forma rigurosa.21

Muchas de las causas del trabajo infantil están conectadas entre sí. En Chile, éstas se relacionan principalmente con la pobreza y el bajo nivel educacional de los padres. El trabajo de adolescentes surge generalmente como una estrategia de las familias más necesitadas para lograr un aporte adicional de ingresos a sus hogares.22

Total de adolescentes en Control, según educación y trabajo: Corresponde a la población de adolescentes de 10años hasta 19 años 29 días, que se encuentran bajo control en establecimientos del nivel primario de atención y que han sido evaluados según:

Estudia: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días que concurre en el momento del control de salud integral a alguna institución educacional.

Deserción escolar: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días que abandonó los estudios antes de completar el nivel, en el momento del control de salud integral.

Trabajo infantil: Consignar la presencia de trabajo infantil, que es toda actividad laboral remunerada o no, realizada por menores de 15 años, que entorpezca su proceso educativo regular o afecte su salud o desarrollo integral.

Trabajo Juvenil: Consignar la presencia de trabajo adolescente, que considera cuando una actividad es realizada por personas mayores de 15 y menores de 18 años.

Peores formas de Trabajo Infantil: Comprenden los trabajos intolerables que incluyen la explotación sexual comercial, las actividades ilícitas y aquellas asociadas a la esclavitud, también considera los trabajos peligrosos que son aquellos que representan riesgo para la salud y seguridad de los NNA que los realizan.

Servicio doméstico no remunerado peligroso. Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días que realiza las tareas del hogar durante jornadas extensas de 21 o más horas a la semana.

[21] Miranda, A. y Pérez, J. (2005) Socialización familiar, pese a todo. Libro de ponencias. Congreso Ser Adolescente Hoy Madrid: Fundación ayuda contra la drogadicción

[22]http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_trabajo_infantil/pdf/tra023.pdf

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo, que presente alguna de las variables definidas anteriormente. Además, se registran los adolescentes que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son de población de inmigrantes.

Reglas de consistencia:

R.1 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección C: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según áreas de riesgo.

Definiciones conceptuales:

La adolescencia es la etapa en el curso de vida, de una persona en laque se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social, alcanzando así la madurez o edad adulta, que culmina con su incorporación en forma plena a la sociedad. En esta etapa se producen importantes cambios que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y desarrollo, o en otras puede aumentarlas condiciones de la detección precoz y diagnóstico y tratamiento oportuno.

Total de adolescentes en control según áreas de riesgo: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que se encuentran bajo control en establecimientos de nivel primario de atención y que han sido evaluados a través de control de salud integral con detección de riesgos, en las siguientes áreas:

Salud Sexual y Reproductiva: Se considera riesgo SSR, si tiene una o más situaciones de alerta en estas secciones:

- Vida social: Violencia en la pareja.
- Gineco/urológico: ITS/VIH, embarazo, hijos, abortos.
- Sexualidad: Intensión/conducta anticipatoria o activa, dificultad en relaciones sexuales, uso habitual condón (a veces o nunca), uso Mac actual (a veces o nunca), no uso de doble protección, violencia sexual, no haber tenido consejería para uso de método anticonceptivo (MAC).

Ideación suicida (corresponde al último mes): Corresponde a pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.

Intento suicida (considera los últimos 3 meses): Corresponde a actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta.

Consumo alcohol y drogas: Se considera riesgo cuando refiere consumo de alcohol y/o otras drogas en el último mes.

Nutricional: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días en cuyo examen físico resulte: 1) IMC igual o superior +2 DE, o menor o igual a - 2.0 DE, detención o disminución de canal de crecimiento de IMC sin tratamiento para bajar de peso, asociado a cambios en conducta alimentaria, dieta vegetariana, vegana, práctica de deportes de alto rendimiento, consumo de sustancias, trastorno del ánimo, etc., 2) Talla/Edad menor o igual – 2.0 DE, Incremento en estatura por debajo de lo esperado en 6 meses. 3) Perímetro de cintura mayor o igual al percentil 90, según edad y sexo.

Otro riesgo: Se debe consignar otro riesgo relevante que presente el adolescente, que resulte de la evaluación de las alertas, motivo de consulta y/o problema definido en la entrevista (incluye agenda oculta).

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo, que presente alguno de los riesgos definidos anteriormente. Además, se registran los adolescentes que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son de población de inmigrantes.

Reglas de consistencia:

R.1 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección D: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según ambitos Gineco – Urológico / Sexualidad.

Definiciones conceptuales:

Es importante recordar que los aspectos de salud sexual y reproductiva deben abordarse en privado, resguardando la privacidad, asegurando la confidencialidad (explicitando los límites de esta), y en el momento oportuno del control. En ocasiones estos datos no pueden ser completados en la primera atención, si no se dan las condiciones para hacerlo. En ese caso se completara esta información en la ficha CLAP, en ulteriores consultas o controles, siempre que no se trate del motivo de consulta.

Total de adolescentes en control según ámbitos gineco-urológicos-sexualidad: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que se encuentran bajo control en establecimientos de nivel primario de atención, y que han sido evaluados a través de control de salud integral clasificados o con presencia de algunas de las siguientes variables:

- **Adolescentes con conducta Postergadora:** Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que al momento del control de salud refiere no haber iniciado actividad sexual (Petting I y II) y no tiene intención de cambiar su conducta dentro de los próximos 6 meses.
- **Adolescentes con conducta Anticipadora:** Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que al momento del control de salud refiere que no ha iniciado actividad sexual, pero tiene intención de cambiar la conducta sexual dentro de los próximos seis meses.
- **Adolescentes con conducta Activa:** Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que al momento del control de salud ha iniciado prácticas sexuales (incluye coito único) y tiene intención de mantener la conducta sexual.
- **Uso actual de método anticonceptivo:** Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que al momento del control de salud se encuentran con uso de algún método anticonceptivo: dispositivo intrauterino de cobre, dispositivo intrauterino medicado, hormonal (oral combinado y progestágeno, inyectable combinado y progestágeno e implante) y preservativo.
- **Uso actual de doble protección:** Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que al momento del control de saludse encuentran con uso de método anticonceptivo hormonal y preservativo, simultáneamente (protección dual).

- **Adolescente con antecedente de un primer embarazo:** Para ambos sexos. Corresponde a aquellos adolescentes con antecedentes de un embarazo, sea de la adolescente o de la/s pareja/s del adolescente hombre de embarazos en que él fue el progenitor.
- **Adolescente con antecedente de más de un embarazo:** Para ambos sexos. Corresponde a aquellos adolescentes con antecedentes de más de un embarazo, sea de la adolescente o de la/s pareja/s del adolescente hombre de embarazos en que él fue el progenitor.
- **Adolescente con antecedente de aborto:** Para ambos sexos. Se registra a aquellos adolescentes con antecedentes de abortos, sea de la adolescente o de la/s pareja/s del adolescente hombre de embarazos en que él fue el progenitor.
- **Adolescente que presenta violencia de pareja/pololeo:** Consignar si refiere episodios de violencia en la pareja, independientemente del tipo (física, verbal, etc.) y sea el adolescente el que se presenta como generador o víctima de las situaciones de violencia.
- **Adolescente que presenta o ha sido víctima de violencia sexual:** La OMS define la violencia sexual como "todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo". Se incluye tanto las relaciones sexuales bajo coacción dentro y fuera del matrimonio, las violaciones por extraños y en conflictos armados, como el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de adolescentes, la prostitución forzada y la trata de personas.
- **Adolescente que presenta cyberbullyng:** Se registrará el uso de los medios virtuales (Internet, telefonía móvil y videojuegos online principalmente) para ejercer el acoso psicológico entre iguales. Se excluye aquí el acoso o abuso de índole estrictamente sexual ni los casos en los que personas adultas intervienen.
- **Adolescente que presenta grooming:** Se consignará cualquier acción de abuso sexual virtual a través de servicios de chat y mensajería instantánea, para obtener imágenes de contenido erótico y extorsión.
- **Adolescente que presenta violencia escolar:** Se registrará la referencia de cualquier acción perjudicial o agresión, heteroinfligida, intencional, física, emocional o sexual, entre pares, sea en calidad de víctima, victimario o testigo, que señale la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, al momento del control de salud.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo, de acuerdo a aspectos mencionados anteriormente. Además, se registran los adolescentes que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son de población de inmigrantes.

Reglas de consistencia:

R.1 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección E: Población Adolescente que recibe consejería.

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que se encuentran bajo control en establecimientos del nivel primario de atención, y que ha recibido consejería.

Consejería: La consejería se define como el proceso en el que un profesional capacitado, escucha, informa y orienta a adolescentes o jóvenes, mujeres y hombres, a tomar decisiones personales relacionadas con la temática consultada, brindando información amplia y veraz, considerando sus necesidades y problemática particular. También, puede ser un espacio, para orientar a la madre, padre o adulto responsable que les acompaña, para ayudarlos en su rol de modelar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables en sus hijos o hijas.[23] Esta intervención debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades del o la adolescente.

Temáticas en las que se desarrolla la consejería en adolescentes:

- **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.
- **Salud Sexual Reproductiva:** La Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, se define como "una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde se escucha, acoge, informa y guía a adolescentes, solos/as o en pareja, para que puedan fortalecer su capacidad para la toma de decisiones y el desarrollo de conductas informadas y responsables en el ámbito de la sexualidad en forma integral"[24] . Esta intervención está orientada particularmente a la prevención y al fomento de la salud, y a evitar riesgos de un embarazo no planificado, contagio de ITS/VIH/SIDA y otros riesgos asociados a las conductas sexuales en adolescentes.[25]

[23] MINSAL San Salvador. Guía para la consejería en la atención de adolescentes. El Salvador. 2003

[24] Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Santiago: Gobierno de Chile, 2012.

[25] Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Santiago: Gobierno de Chile, 2016.

- **Regulación de Fecundidad:** 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.
- Prevención VIH-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.

Pueblos Originarios: Corresponde a los adolescentes que se identifican con algún pueblo indígena u originario y se encuentran bajo control en el Programa de Salud Integral de Adolescentes del establecimiento de salud.

Población Inmigrante: Corresponde a los adolescentes cuya nacionalidad es distinta a la chilena y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud. Cabe señalar que los hijos de inmigrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo, que han recibido consejería en alguna de las temáticas mencionadas. Además, se registran los adolescentes que pertenecen o se autoreconocen con algún pueblo originario o que sonde población de inmigrantes.

Reglas de consistencia:

R.1 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

REM-P11 Población en Control Programa de Infecciones de Transmision Sexual VIH/SIDA.

Secciones del REM-11

Sección A: Población encontrol del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA.

Sección B: Población encontrol por comercio sexual.

Definiciones Conceptuales y Operacional Variables de REM-P11

Sección A: Población en control del Programa Infecciones de Transmisión Sexual de VIH/SIDA

Definiciones conceptuales:

Número de personas con VIH/SIDA: Personas en control (con y sin tratamiento antirretroviral) a la fecha de corte.

Número de personas con VIH/SIDA con TARV: Pacientes en el programa que reciben tratamiento antirretroviral y han asistido a control, al menos una vez durante el período informado.

Número de personas con VIH/SIDA sin TARV: Pacientes en el programa que NO reciben tratamiento antirretroviral y han asistido a control, al menos una vez durante los últimos doce meses.

Población TRANS: corresponde a aquella que teniendo un determinado sexo biológico se comporta, se viste o se identifica con el sexo opuesto. En esta definición se incluye a las personas transgéneros, travestis y transexuales.

Población Inmigrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control CON o SIN Tratamiento Antirretroviral (TARV) en el establecimiento de salud.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas en control de VIH/SIDA, en establecimientos que cuentan con centros de atención de VIH/SIDA, además se debe consignar el número de personas CON y SIN Tratamiento Antirretroviral (TARV), registrándose por grupo de edad y sexo a la fecha de corte.

Se debe registrar cuantas de las pacientes en control son gestantes al momento del corte. Además, cuantas personas del total se identifican como TRANS.

Esta sección es de exclusivo de establecimientos que poseen de centros de atención VIH/SIDA.

Reglas de consistencia:

R.1 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

R.3 No olvide escribir en la celda de Población TRANS (digite CERO si no tiene).

Sección B: Población en control por comercio sexual.

Definiciones conceptuales:

Número de personas/comercio sexual: Personas en control que ejercen comercio sexual, a la fecha de corte.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas que ejercen comercio sexual, y que están en control en establecimientos que tienen unidades de control y atención Comercio Sexual. Se debe desagregar por sexo y edad, y además contabilizar el número de pacientes que se identifican como TRANS.

Esta sección es de exclusivo de establecimientos que poseen unidades de atención y control de personas que ejercen el comercio sexual.

En la última columna se debe registrar a la Población Inmigrante la cual corresponde al número de personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control por comercio sexual en el establecimiento.

Reglas de consistencia:

R.1 No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2 No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

R.3 No olvide escribir en la celda de Población TRANS (digite CERO si no tiene).

REM-P12 Cobertura de Cáncer de Cuello Uterino y Cáncer de Mama.

Secciones del REM-12

Sección A: Programa de cáncer de cuello uterino: población con PAP vigente.

Sección B.1: Programa de cáncer de cuello uterino: PAP realizados e informados, según resultados. (examen realizado en la red pública)

Sección B.2: Programa de cáncer de cuello uterino: PAP realizados e informados, según resultados. (examen realizado en extrasistema)

Sección C: Programa de cáncer de mama: mujeres con mamografía vigente en los últimos 3 años.

Sección D: Programa de cáncer de mama: número de mujeres con examen físico de mama (vigente).

Definiciones Conceptuales y Operacional Variables de REM-P12

Sección A: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: población con PAP vigente.

Definiciones conceptuales

Mujeres con PAP vigente (menor o igual a 3 años): El Programa cáncer de cuello Uterino, es un Programa nacional de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer del cuello del útero y sus lesiones pre invasoras. Esta sección mide el numerador del indicador de Cobertura de PAP vigente en los últimos 3 años, examen focalizado en mujeres de 25 a 64 años. La toma del PAP está inserta dentro de todas las actividades de atención de la mujer, está garantizado en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) y en el GES. Cada Servicio de Salud debe disponer del denominador de su población para obtener el dato de cobertura semestral.

Hombres con PAP vigente (menor o igual a 3 años): Corresponde a las personas que manteniendo la estructura biológica de mujer, han realizado los trámites necesarios en el Registro Civil, para que su identificación sea "Hombre". Esta población también tiene acceso garantizado de PAP en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) y en el GES.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas entre 25 y 64 años, y además de las de 65 y más años distribuidos por grupos quinquenales, con PAP vigente informado en los últimos 3 años, a la fecha del corte. Registrar en la columna de Mujeres u Hombres según corresponda. Entendiendo que la columna de "Hombres" son las personas, que manteniendo estructura biológica de mujer, ha realizado los trámites necesarios en el Registro Civil para que su identificación sea "Hombre"

Cada establecimiento debiera obtener el dato del Citoxpert, respetando la fecha de corte (30 de junio y 31 de diciembre). La profesional matrona (ón) encargada (o) de programa de cáncer Cervicouterino, en cada servicio de salud, debe visar esta información previa al envío al DEIS.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección B.1: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: PAP realizados e informados, según resultados. (examen realizado en la red pública)

Definiciones conceptuales:

Esta sección detalla la distribución de citologías de PAP (no mujeres) realizadas e informadas en el semestre, según resultados (normales, inadecuados, atípicos y positivos) y grupos de edad a la fecha del corte.
Información es administrada por los Laboratorios de Citopatología que procesan los PAP de su Servicio de Salud. Estos son los que deben informar estos registros en el establecimiento donde funcionan, a través de Citoxpert.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar en total de PAP informados según resultado y grupo etario, realizados dentro de establecimientos reconocidos como red pública.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección B.2: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: PAP realizados e informados, según resultados. (examen realizado en extrasistema)

Definiciones conceptuales:

Corresponde al registro de PAP de las usuarias que llegan a control con su examen tomado en el extrasistema, en modalidad de libre elección. No corresponde a los exámenes del sistema público que son obtenidos por compra de servicio. Estos datos deberán ser obtenidos de los tarjeteros poblacionales.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar en total de PAP informados según resultado y grupo etario, realizados dentro de establecimientos reconocidos como red pública.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección C: Programa de Cáncer de Mama: mujeres con mamografía vigente en los últimos 3 años.

Definiciones conceptuales:

Programa de Cáncer de Mama; mujeres con mamografía vigente en los últimos 3 años: Corresponde al número de mujeres con mamografía realizada e informada en los últimos tres años, por grupos de edad, a la fecha de corte considerar a todas las mujeres, independiente de fuente de financiamiento de la mamografía.

El Programa cáncer de mama, es un Programa nacional de pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Esta sección mide el numerador del indicador de Cobertura de mamografía vigente en los últimos 3 años, actualmente en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) se garantiza una mamografía en mujeres de 50 a 54 años. Sin embargo, se solicita registrar el dato, según los grupos de edad indicados. Cada Servicio de Salud deberá disponer del denominador de su población para obtener el dato de cobertura semestral.

Definiciones operacionales:

La fuente de información para esta sección son los Tarjeteros Población bajo control de Cáncer de Mamas o sistemas informatizados. El profesional Matrona (ón) Encargada (o) de Programa de Cáncer de Mama, en cada Servicio de Salud, debe visar esta información previa al envío al DEIS.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección D: Programa de Cáncer de Mama: número de mujeres con Examen Físico de mama (vigente).

Definiciones conceptuales:

Corresponde al número de mujeres en control, que se les ha realizado el Examen Físico de Mamas (EFM), por Médico o Matrona, por grupos de edad, a la fecha de corte.

Fuente de datos: Tarjeteros Población bajo control de Cáncer de Mamas o sistemas informatizados.

Definiciones operacionales:

El profesional Matrona (ón) Encargada (o) de Programa de Cáncer de Mama, en cada Servicio de Salud, debe visar esta información previa al envío a su respectivo DEIS en los primeros 5 días hábiles de julio y enero respectivamente.

Las Secciones C y D deben ser confeccionados por todos los Establecimientos de Atención Primaria que integran la Red de Establecimientos del SNSS, basado en el registro de Tarjeteros de población bajo control de Cáncer de Mamas.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.