

MANUAL REM SERIE P 2023

**Departamento de Estadísticas e Información
de Salud**

Versión 1.1 2023

Introducción 6

INFORMACIÓN PARA REGISTRAR DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES SENAME:	6
INFORMACIÓN PARA REGISTRAR DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES PROGRAMA DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (SPE ex MEJOR NIÑEZ).....	6
INFORMACIÓN PARA REGISTRAR DE PUEBLOS INDÍGENAS U ORIGINARIOS EN CHILE	7
INFORMACIÓN PARA REGISTRAR DE MIGRANTES:	7

REM P1: Población en Control Programa de Salud de la Mujer 8

ATENCIÓN PRIMARIA.	9
SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN MÉTODO DE REGULACIÓN FERTILIDAD Y SALUD SEXUAL.....	9
SECCIÓN B: GESTANTES EN CONTROL CON EVALUACIÓN RIESGO BIOPSIOSOCIAL	14
SECCIÓN C: GESTANTES EN RIESGO PSICOSOCIAL CON VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL REALIZADA	16
SECCIÓN D: GESTANTES Y MUJERES DE 8º MES POST-PARTO EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL	17
SECCIÓN E: MUJERES Y GESTANTES EN CONTROL CON CONSULTA NUTRICIONAL	18
SECCIÓN F: MUJERES EN CONTROL DE CLIMATERIO.....	19
SECCIÓN F.1: POBLACIÓN EN CONTROL CLIMATERIO SEGÚN TIPO DE TERAPIA REEMPLAZO HORMONAL	21
SECCIÓN G: GESTANTES EN CONTROL CON ECOGRAFÍA POR TRIMESTRE DE GESTACIÓN (EN EL SEMESTRE).....	22
SECCIÓN H: MUJERES BAJO CONTROL DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL	23
SECCIÓN I: GESTANTES EN CONTROL CON TEST DE VIH/SÍFILIS TOMADO (EN EL SEMESTRE, RED PÚBLICA O EXTRASISTEMA)	24
NIVEL SECUNDARIO DE SALUD	25
SECCIÓN J: POBLACIÓN EN CONTROL POR PATOLOGÍAS DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.....	25

REM-P2: Población en Control Programa Nacional de Salud de la infancia 27

SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL PARA	28
NIÑOS MENORES DE 1 MES - 59 MESES.	28
SECCIÓN A.1: POBLACIÓN EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL PARA NIÑOS-(AS) DE 60 MESES A 9 AÑOS 11 MESES	31
SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN RESULTADO DE EVALUACIÓN	33
DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	33
SECCIÓN C: POBLACIÓN MENOR DE 1 AÑO EN CONTROL, SEGÚN SCORE RIESGO EN IRA Y VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	34
SECCIÓN D: POBLACIÓN EN CONTROL EN EL SEMESTRE CON CONSULTA NUTRICIONAL, SEGÚN ESTRATEGIA	35
SECCIÓN E: POBLACIÓN INASISTENTE A CONTROL DEL NIÑO SANO (AL CORTE).....	36
SECCIÓN F: POBLACIÓN INFANTIL SEGÚN DIAGNÓSTICO DE PRESIÓN ARTERIAL (INCLUIDA EN LA SECCIÓN A Y A.1).....	38

SECCIÓN G: POBLACIÓN INFANTIL EUTRÓFICA, SEGÚN RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO (INCLUIDA EN LA SECCIÓN A Y A.1).	39
SECCIÓN H: POBLACIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD (NANEAS) (INCLUIDA EN LA SECCIÓN A Y A.1)	40
SECCIÓN I: POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD (NANEAS) (INCLUIDA EN LA SECCIÓN A Y A.1)	47
SECCIÓN J: POBLACIÓN EN CONTROL, SEGÚN RIESGO ODONTOLÓGICO Y DAÑO POR CARIES	48

REM-P3: Población en Control otros Programas 50

SECCIÓN A: EXISTENCIA DE POBLACIÓN EN CONTROL	51
SECCIÓN B: CUIDADORES DE PACIENTES POR DEPENDENCIA SEVERA	56
SECCIÓN C: POBLACIÓN EN CONTROL EN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR EN SALA IRA-ERA	59
SECCIÓN D: NIVEL DE CONTROL DE POBLACIÓN RESPIRATORIA CRÓNICA	61
SECCIÓN E: RESULTADO DE ENCUESTA CALIDAD VIDA	63

REM-P4 Población en Control Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) 64

SECCIÓN A: PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	65
SECCIÓN B: METAS DE COMPENSACIÓN	69
SECCIÓN C: VARIABLES DE SEGUIMIENTO DEL PSCV AL CORTE	72

REM-P5: Población en Control Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores . 78

SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL POR CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	79
SECCIÓN A.1: EXISTENCIA DE POBLACIÓN EN CONTROL EN PROGRAMA "MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES" POR CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	81
SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL POR ESTADO NUTRICIONAL	83
SECCIÓN C: PERSONAS MAYORES CON SOSPECHA DE MALTRATO	84
SECCIÓN D: PERSONAS MAYORES EN ACTIVIDAD FÍSICA	86
SECCIÓN E: PERSONAS MAYORES CON RIESGO DE CAÍDAS	87

REM-P6 Población en Control Programa de Salud Mental en Atención Primaria y Especialidad 89

SECCIÓN A: ATENCIÓN PRIMARIA	90
SECCIÓN A.1: POBLACIÓN EN CONTROL EN APS AL CORTE	90
SECCIÓN A.2: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. (PERSONAS CON TRASTORNO PSIQUIÁTRICOS)	102
SECCIÓN A.3: PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA	103

SECCIÓN B: ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES	104
SECCIÓN B.1: POBLACIÓN EN CONTROL EN ESPECIALIDAD AL CORTE	104
SECCIÓN B.2: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN ESPECIALIDAD (PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICO).....	110
 REM-P7: Familias en Control de Salud Familiar	 111
 SECCIÓN A.: CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS SECTOR URBANO	 112
SECCIÓN A.1: CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS SECTOR RURAL	113
SECCIÓN B: INTERVENCIÓN EN FAMILIAS SECTOR URBANO Y RURAL	114
 REM-P9: Población en Control del Adolescente	 115
 SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL	 117
SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES, SEGÚN EDUCACIÓN Y TRABAJO.....	119
SECCIÓN C: POBLACIÓN EN CONTROL SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES, SEGÚN ÁREAS DE RIESGO.	121
SECCIÓN D: POBLACIÓN EN CONTROL SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES, SEGÚN ÁMBITOS GINECO – UROLÓGICO / SEXUALIDAD.....	123
SECCIÓN E: POBLACIÓN ADOLESCENTE QUE RECIBE CONSEJERÍA	125
 REM-P11: Población en Control Programa de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA	127
 SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL DEL PROGRAMA DE VIH/SIDA (USO EXCLUSIVO CENTROS DE ATENCIÓN VIH/SIDA).	 128
SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL POR COMERCIO SEXUAL (USO EXCLUSIVO DE UNIDADES CONTROL COMERCIO SEXUAL).	130
 REM-P12: Personas con Tamizaje para la Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino – Mamografía - Examen físico de Mama Vigentes y producción De PAP Y VPH (Semestral)..	 131
 SECCIÓN A: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: POBLACIÓN CON TAMIZAJE VIGENTE PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.....	 132
SECCIÓN B: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: PAP REALIZADOS E INFORMADOS, SEGÚN RESULTADOS Y GRUPOS DE EDAD (EXAMEN REALIZADO EN LA RED PÚBLICA).....	134
SECCIÓN B.1: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: PAP REALIZADOS E INFORMADOS, SEGÚN RESULTADOS Y GRUPOS DE EDAD (EXAMEN REALIZADO EN EXTRASISTEMA).....	135
SECCIÓN C: PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA: MUJERES CON MAMOGRAFÍA VIGENTE EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS	136
SECCIÓN D: PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA: NÚMERO DE MUJERES CON EXAMEN FÍSICO DE MAMA (VIGENTE).....	137
SECCIÓN E: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: POBLACIÓN CON EXAMEN VPH VIGENTE.	138
SECCIÓN F: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: RESULTADOS DE VPH, REALIZADOS EN EL SISTEMA PÚBLICO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD (REALIZADOS EN LA RED PÚBLICA).....	139

**SECCIÓN F.1: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: RESULTADOS DE VPH, REALIZADO EN EL EXTRASISTEMA
SEGÚN GRUPOS DE EDAD (EXAMEN REALIZADO EN EXTRASISTEMA). 140**

REM-P13. Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes con vulneración de derechos y/o infracción a la ley bajo la protección del estado en atención. 141

**SECCIÓN A: NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES CON VULNERACIÓN DE DERECHOS Y/O INFRACCIÓN A LA LEY
20.084 DE RESPONSABILIDAD PENAL ADOLESCENTE EN CONTROL DE SALUD EN APS AL CORTE. 142**

**SECCIÓN B: VARIABLES DE SEGUIMIENTO A POBLACIÓN DEL SERVICIO DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA MEJOR NIÑEZ Y
SENAME EN CONTROL DE SALUD EN APS AL CORTE. 143**

Introducción

Los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) son parte fundamental de las estadísticas sanitarias de Chile. En su larga historia han sido la herramienta básica utilizada para el monitoreo de los Programas y Convenios de Salud, por lo que su actualización siempre se enmarca en un proceso coordinado entre las diferentes divisiones del Ministerio de Salud (MINSAL).

El REM Serie P es el instrumento destinado a recoger las estadísticas de la Población Bajo Control, de los diferentes Programas instalados en los establecimientos de salud, principalmente, de Atención Primaria (APS). Estos datos se recogen cada 6 meses, en junio y diciembre, y son cargados al Sistema de Cargas REM durante los meses de julio y enero.

Al igual que el Manual de la Serie A, este instructivo considera los siguientes aspectos:

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

Información para Registrar de Niños, Niñas y Adolescentes SENAME:

El Servicio Nacional de Menores (Sename) o Servicio de Reinserción Juvenil es un organismo del Estado que depende del Ministerio de Justicia.

Su tarea es reinsertar en la sociedad a los adolescentes de 14 años y más que han infringido la ley. Sus modalidades de atención corresponden a programas cerrados, con privación de libertad y en programas en medio libre.

Información para Registrar de Niños, Niñas y Adolescentes Programa de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (SPE ex Mejor Niñez)

Es una entidad abocada a la atención de niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos. Se crea como servicio a partir del 5 de enero 2021, pero comienza su operación el 1 de octubre de 2021.

Es un servicio de protección especializada para restituir los derechos de los niños y darles la protección que sea necesaria.

Son sujetos de atención del Servicio no solo los niños, niñas y adolescentes; sino también sus familias. **Los programas de SPE pueden ser Residenciales, o Ambulatorios.**

Información para Registrar de Pueblos Indígenas u Originarios en Chile

Son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias o parte de ellas, siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura.

La captura de la información de la variable pueblos indígenas se realiza a través de una pregunta abierta estandarizada, cuidando su integridad y desarrollo: **¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario?**

Frente a respuesta afirmativa, consultar ¿A cuál pertenece? La variable Pueblos Indígenas u Originarios incluye las siguientes categorías:

Pueblo Indígena Codigo	Pueblo Indígena Glosa	Pueblo Indígena Codigo	Pueblo Indígena Glosa
1	Mapuche	7	Diaguita
2	Aymara	8	Kawésqar
3	Rapa Nui O Pascuense	9	Yagán
4	Lickanantay	10	Otro (Especificar)
5	Quechua	11	Chango
6	Colla		

Información para Registrar de Migrantes:

De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) del 2016, la migración internacional hace referencia a las personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo.

Incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas y migrantes económicos.

Ante cualquier consulta o sugerencia con respecto a esta herramienta, favor escribir al correo rem@minsal.cl

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

Atención Primaria

- **Sección A:** Población en Control según Método de Regulación de Fertilidad y Salud sexual
- **Sección B:** Gestantes en Control con evaluación Riesgo Biopsicosocial.
- **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 F.1:** Población en Control Climaterio según tipo Terapia Reemplazo Hormonal.
- **Sección G:** Gestantes en Control con ecografía por trimestre de gestación (en el semestre).
- **Sección H:** Mujeres bajo control de Regulación de Fertilidad, según estado nutricional.
- **Sección I:** Gestantes en control con test de VIH/Sifilis tomado (en el semestre, red Pública o Extrasistema)

Nivel Secundario

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

Definiciones Conceptuales y Operacional REM-P1

Atención Primaria.

Sección A: Población en Control según Método de Regulación Fertilidad y Salud Sexual

Definiciones conceptuales:

Total Población Bajo Control: Corresponde a las personas que se atienden en el Programa de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual, en establecimientos con Nivel Primario de Atención, según los siguientes métodos anticonceptivos e insumos para práctica sexual segura:

- Dispositivo Intrauterino T con cobre.
- Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel.
- Hormonal (Oral combinado, oral progestágeno, Inyectable combinado, inyectable progestágeno, Implante Etonogestrel (3 años), implante levonorgestrel (5 años) y Anillo Vaginal.
- Solo preservativo (Mujer y Hombre).
- Esterilización quirúrgica (Mujer, Hombre).
- Mujeres en control que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)
- Mujeres con Retiro de Implante Anticipado en el semestre (antes de los 3 años) en APS y extrasistema.
- Mujeres con Retiro de Implante Anticipado en el semestre (antes de los 5 años) en APS y extrasistema.
- Método de Regulación de Fertilidad más Preservativo
- Gestantes que reciben preservativo
- Preservativo/práctica sexual segura. (Mujer y Hombre)
- Lubricantes. (Mujer y Hombre)
- Condón Femenino

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, 6 años para el **DIU** con levonorgestrel y 3 años para el implante con etonogestrel y 5 años para el implante con levonorgestrel) 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 e insumos para práctica sexual segura 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.

Métodos de Regulación de Fertilidad: Dispositivo Intrauterino (DIU) con cobre, Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel, Hormonal (Oral combinado y progestágeno, Inyectable combinado y progestágeno, Implante Etonogestrel 3 años, implante levonogestrel 5 años y Anillo vaginal), Preservativo masculino (Mujer y Hombre) y con esterilización quirúrgica, este último método considera a las personas (hombre y mujer) con anticoncepción quirúrgica.

Mujeres en Control con Enfermedad Cardiovascular (DM / HTA): Corresponde a las mujeres que se encuentran en control por el Programa de Regulación de Fertilidad, tienen 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 futuras gestaciones.

Mujeres con retiro de implante anticipado en el semestre (antes de los 3 años o 5 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.

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 implante de etonogestrel tiene una duración de 3 años y el implante de levonogestrel tiene una duración de 5 años.

- **En APS:** corresponde a las mujeres que en el semestre **se** retiraron anticipadamente el implante, en establecimiento APS.
- **En Extrasistema:** corresponde a las mujeres que en el semestre retiraron anticipadamente implante, fuera del establecimiento de APS, procedimiento que es reportado por la usuaria en el contexto de un control de regulación de fecundidad en el establecimiento de APS.

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 mayor efectividad reduciendo la mortalidad materna-perinatal, el embarazo no planificado y prevención de Infecciones Transmisión Sexual (ITS).

Gestante que reciben preservativos: corresponde a las gestantes en control prenatal que reciben preservativos para prevención de transmisión vertical de ITS/VIH y prevención de parto prematuro.

Insumo para práctica sexual segura: Condón femenino, lubricante, preservativo masculino para práctica sexual segura (se debe considerar a las personas que reciben preservativos no asociados a regulación de fertilidad, entre estas se encuentra prevención de VIH e ITS, usuarios, y usuarias LGBT+, mujeres que ya no están en edad fértil, entre otros. No considerar doble protección o entrega de preservativos a gestantes).

Preservativo/práctica sexual segura: Corresponde a la población bajo control de salud sexual que utiliza preservativo en ámbito de consulta sexual y tiene como objetivo apoyar la atención donde se entregan orientaciones, conocimientos, herramientas y/o habilidades que favorezcan la salud sexual.

Se debe considerar a las personas que reciben preservativos masculinos no asociados a regulación de fertilidad, entre estas se encuentra prevención de VIH e ITS, usuarios LGBT, mujeres que ya no están en edad fértil. No considerar doble protección o entrega de preservativos a gestantes.

Lubricantes: Corresponde a la población bajo control de salud sexual que utiliza Gel hidrosoluble, que se indica para acompañar práctica sexual segura, cuando la lubricación natural no es suficiente.

Condón Femenino: Corresponde a la población bajo control de salud sexual que utiliza condón femenino en el contexto de salud sexual y tiene como objetivo apoyar la atención donde se entregan orientaciones, conocimientos, herramientas y/o habilidades que favorezcan la salud sexual. Se debe considerar a las mujeres que reciben condón femenino no asociados a regulación de fertilidad, entre estas se encuentra prevención de VIH e ITS, usuarios LGBT, mujeres que ya no están en edad fértil.

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 y salud sexual.

Migrantes: 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 y salud sexual.

Personas viviendo con VIH: Corresponde a las personas viviendo con VIH, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por algún método de regulación de fertilidad o Salud Sexual.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de mujeres y hombres que se encuentra bajo control en el programa de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual a la fecha de corte (30 de junio o 31 de diciembre), según método anticonceptivo o protección para práctica sexual segura. Se caracteriza la edad de las mujeres y hombres controladas/os, si pertenece a pueblo originario, población migrante y personas viviendo con VIH.

Se registran las mujeres bajo control con enfermedad cardiovascular según edad, pueblo originario y población migrante.

Se registran las Mujeres con retiro de implante anticipado en el semestre, de etonogestrel (antes de los 3 años) o levonorgestrel (antes de los 5 años) en el semestre, según edad, pueblo originario y población migrante y personas viviendo con VIH.

Se registran las Mujeres con retiro de implante anticipado en el semestre, de etonogestrel (antes de los 3 años) o levonorgestrel (antes de los 5 años) en el semestre, en APS o extrasistema, según edad, pueblo originario, población migrante y personas viviendo con VIH.

Se registran las mujeres que utilizan algún método de regulación de fertilidad más preservativo. Este grupo también se registra de acuerdo a edad, pueblo originario, población migrante y personas viviendo con VIH.

Se registran las gestantes en control prenatal que reciben preservativos para prevención de transmisión vertical de ITS/VIH y prevención de parto prematuro en el semestre, según edad, pueblo originario, población migrante y personas viviendo con VIH.

Se registran a las personas con entrega de preservativo masculino/práctica sexual segura en el semestre, según edad, pueblo originario y población migrante y personas viviendo con VIH, para práctica sexual segura, asociado a prevención de VIH e ITS, usuarios LGBT+, mujeres que ya no están en edad fértil, entre otras. No considerar doble protección o entrega de preservativos a gestantes.

Se registran a las personas que utilizan Lubricante para acompañar práctica sexual segura según edad, pueblo originario y población migrante y personas viviendo con VIH. Puede ser adicional o no a personas que estén bajo control de regulación de fertilidad.

Se debe registrar a las mujeres que utilizan condón femenino para práctica sexual segura asociada a prevención de VIH e ITS, según edad, pueblo originario y población migrante y personas viviendo con VIH.

Reglas de consistencia:

R.1: Las mujeres en control con 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 de acuerdo al tipo de implante, según la edad de las mujeres controladas.

R.3: El registro de “pueblos originarios, poblaciones migrantes” y “personas viviendo con VIH” son características de la población deben registrarse 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, no dejar el espacio en blanco.

Sección B: Gestantes en Control con evaluación Riesgo Biopsicosocial

Definiciones conceptuales:

Total de Gestantes en Control: Corresponde a las gestantes que han sido controladas por embarazo, cuyo control fue realizado por médico Gineco-obstetra o matrona, y que han sido evaluadas o no 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 por Violencia de Género en el 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 clínica de la paciente y sus exámenes complementarios. 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. Las gestantes con Alto Riesgo Obstétrico se controlan paralelamente tanto en APS como en el nivel secundario.

Migrantes: 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 en control, aquellas 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 migrantes, 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.

R.4: Las gestantes bajo control registradas en población migrantes deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control.

Sección C: Gestantes en Riesgo Psicosocial con Visita Domiciliaria Integral realizada

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 (matrona/on, trabajadores sociales, psicólogos, etc.). Se debe evaluar condición de salud de la gestante siempre cuando la visita es realizada por matron, matrona o médico (vitalidad fetal, presión arterial).

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 llenado 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 llenado automático. El número total de visitas es el producto del número de visitas efectuadas por el número de gestantes controladas.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección D: Gestantes y Mujeres De 8° Mes Post-Parto en Control, Según Estado 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 8° 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 8° mes de puerperio para evaluar el impacto de las intervenciones previas (consulta nutricional al 3° y 6° 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.

Sección E: Mujeres y Gestantes en Control con Consulta Nutricional

Definiciones conceptuales:

Consulta Nutricional: Corresponde a la consulta nutricional (atención dietética o dieta 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 dieta 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.

Sección 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 que, 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.

Se aplica al ingreso a atención de climaterio y en los controles sucesivos, según **Orientación Técnica vigente** para evaluar el impacto del plan integral de atención aplicado.

Mujeres con pauta aplicada MRS: Se refiere todas las mujeres que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, a las cuales se les ha aplicado dentro de los 11 meses y 29 días previos, la pauta MRS que mide el compromiso de los ámbitos de calidad de vida de la mujer climaterica, al ingreso o control de climaterio.

Mujeres con MRS elevado: 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, dentro de los 11 meses y 29 días previos y que su último resultado es igual o mayor a 15 puntos, o afectación de dominio somático (igual o supera los 8 puntos), o Psicológico: Igual o supera los 6 puntos, o urogenital, igual o supera los 3 puntos.

Mujeres con aplicación de terapia hormonal de la menopausia según MRS: Corresponde al número de mujeres con terapia hormonal de la menopausia (THM). 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.

Mujeres que asisten a Talleres Educativos: Corresponden a las mujeres bajo control en Programa de control de climaterio que han recibido Talleres educativos sobre la temática independiente de la modalidad (presencial o remota).

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", a las cuales se les ha aplicado la escala dentro de los 11 meses y 29 días previos.

Número de mujeres que obtuvieron “MRS elevado”, corresponde registrar a las mujeres que se encuentran bajo control a la fecha de corte, a las cuales se les ha aplicado la pauta MRS, dentro de los 11 meses y 29 días previos y que su último resultado es igual o mayor a 15 puntos, o afectación de dominio somático (igual o supera los 8 puntos), o Psicológicos igual o supera los 6 puntos, o urogenital, igual o supera los 3 puntos.

Número de mujeres con “terapia hormonal de la menopausia según MRS”, corresponde al número de mujeres con terapia hormonal de la menopausia (THM)

Reglas de consistencia:

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

R.2: El número de mujeres con puntaje MRS alterada NO debe ser mayor al número mujeres con pauta aplicada MRS, ya que este es un subgrupo del primero.

R.3: El número de mujeres con Talleres educativos NO debe ser mayor a la población en Control.

Sección F.1: Población En Control Climaterio según tipo de Terapia Reemplazo Hormonal

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas que se atienden en el Programa de control de climaterio, establecimientos de nivel primario de atención, según las siguientes terapias de reemplazo hormonal:

- Estradiol Micronizado 1mg
- Estradiol Gel
- Progesterona Micronizada 100mg
- Progesterona Micronizada 200mg
- Nomegestrol 5mg comp.
- Tibolona 2,5mg comp.
- Terapia dual

Definiciones operacionales:

En esta sección se registra el número de mujeres de acuerdo a tipo de terapia hormonal de reemplazo, desagregado por rango etario y su condición de migrante y/o perteneciente a pueblo originario.

Corresponde a distribución de terapias por mujer y no a usuarias totales bajo control. Más bien son usuarias bajo control en cada terapia hormonal, en este sentido puede haber una usuaria con Estradiol y a la vez con Progesterona.

Reglas de consistencia:

R.1: No se consideran reglas de consistencia para esta sección. Cada variable de terapia es independiente entre sí.

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 cuales son:

Ecografía de primer trimestre:

- Menor a 11 semanas: El objetivo inicial es la evaluación ultrasonográfica del saco vitelino, saco gestacional y embrión, diagnóstico de edad gestacional, evaluación de vitalidad fetal y embrionaria, determinación de embarazo múltiple y corionicidad, elementos de sospecha y embarazo ectópico, evaluación del trofoblasto normal y patológico y evaluación de anexos.
- (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 cromosómica (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.

Las gestantes que se han realizado ecografía obstétrica en EG distintas al período definido screening, se deberá incluir en el trimestre correspondiente.

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 trimestre (<11 semanas y 11-14 semanas), segundo y tercer trimestre de gestación, según edad de las gestantes controladas e independiente de si ésta fue realizada en la red pública, compra de servicios o en el extrasistema.

Reglas de consistencia:

R.1: No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección H: Mujeres bajo Control de Regulación de Fertilidad según Estado Nutricional

Definiciones conceptuales:

Debido a una variedad de alteraciones del metabolismo, la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular que puede aumentar, cuando se combina con la anticoncepción hormonal. Todos estos factores deben considerarse en la elección del método anticonceptivo en una mujer con sobre peso u obesidad.

Esta sección permitirá levantar las necesidades de atención integral y derivación a Programa Elige vida Sana (según criterios de inclusión), una intervención oportuna permite prevenir patologías cardiovasculares en mujeres bajo control.

Definiciones operacionales:

En esta sección se debe registrar a las mujeres bajo control de regulación de fertilidad a la fecha de corte y están clasificadas según su estado nutricional normal, sobrepeso, obesa o bajo peso por grupo etario.

Regla de Consistencia:

R.1: El total de número de mujeres no debe ser mayor al número de mujeres bajo control de regulación de fertilidad.

Sección I: Gestantes en control con test de VIH/Sífilis tomado (en el semestre, red pública o extrasistema)

Definiciones conceptuales:

La cobertura de tamizaje de VIH en la gestante es un Indicador de la Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis en Chile, por lo que se requiere tener el número de mujeres en control que cuentan con el primer y segundo test de VIH tomado durante la gestación.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de gestantes bajo control a la fecha de corte, según edad y test de VIH/Sífilis con resultado de primer examen realizado en la red pública o extrasistema.

También se debe registrar el total de gestantes en control mayor a 34 semanas de gestación según edad y segundo examen (VIH) y resultado de tamizaje Sífilis tercer trimestre, realizado en la red pública o extrasistema.

Gestantes con Tamizajes resultado pendiente: Corresponde a total de gestantes bajo control que se les solicita tamizajes para VIH y Sífilis de acuerdo a variables de las columnas, cuyo resultado se encuentra pendientes de recepción al corte.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de gestantes bajo control debe ser igual al total de gestantes en control de sección B.

R.2: La columna Gestantes en control con resultado 1° VIH y Gestantes en control con resultado 1° tamizaje Sífilis son un subgrupo de Gestantes bajo control.

R.3: La columna Total Gestantes en control > a 34 semanas es un subgrupo de Gestantes bajo control.

R.4: La columna Gestantes en control con resultado 2° VIH y Gestantes en control con resultado test Sífilis 3° trimestre gestación son un subgrupo de Total Gestantes en control > a 34 semanas.

R.5: La variable Gestantes con tamizaje resultado pendiente es independiente del total.

Nivel Secundario de Salud

Sección J: 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:

- Preeclampsia (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 Intrahepática 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 Nacional de Salud de la infancia

Sección A:	Población en Control, según estado nutricional para niños menores de 1 mes - 59 meses.
Sección A.1:	Población en Control, según estado nutricional para niños (as) de 60 meses - 9 años 11 meses.
Sección B:	Población en Control 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.
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 (incluidas en sección A y A1).
Sección G:	Población Infantil Eutrófica, según riesgo de Malnutrición por Exceso (incluidas en sección A y A.1).
Sección H:	Población según diagnóstico de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) (incluidas en sección A y A.1).
Sección I:	Población según nivel de complejidad de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) (incluida en sección A y A1).
Sección J:	Población en control, según riesgo odontológico y daño por caries.

Definiciones Conceptuales y Operacional REM-P2

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

Definiciones conceptuales:

Total de niños en control: Corresponde a la población infantil de niños(as) desde 0 a 59 meses que se encuentra con su control al día y a aquella que en el caso de estar Inasistente, no supera los plazos máximos de inasistencia definidos en la sección E. Incluye a todos los niños y niñas que han sido evaluados según su estado nutricional, de acuerdo con la norma vigente y los indicadores peso/edad, peso/talla, talla/edad y aquellos que por su curso de vida (recién nacido) o condición de salud no es posible clasificarlos con estos patrones del estado nutricional.

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.

Diagnóstico Nutricional Integrado:

La combinación de los indicadores antes descritos, junto a una anamnesis nutricional alimentaria y otros antecedentes, permite realizar un diagnóstico nutricional integrado más preciso mediante escalas de valoración nutricional o denominaciones como: riesgo de desnutrir/déficit ponderal, desnutrido, sobrepeso/riesgo de obesidad, obeso, normal y desnutrición secundaria. Se añade a niños y niñas sin evaluación nutricional con los patrones ministeriales vigentes al presentar una condición especial de salud.

Dentro del Diagnóstico nutricional Integrado se designarán las siguientes calificaciones de acuerdo con el rango etario desde los 0 a los 59 meses.

- **Menores de 1 Mes:** No se registra el estado nutricional, puesto que se evalúan según el incremento de peso diario. Sí se pueden registrar los indicadores del estado nutricional en este grupo de niños y niñas.
- **Mayores de 1 Mes hasta los 59 meses:** Normal, déficit ponderal, Desnutrido, Sobrepeso (Riesgo de obesidad), Obeso y Desnutridos secundarios.

Niños y niñas sin diagnóstico nutricional de acuerdo a dichos parámetros nutricionales por curso de vida (recién nacidos) o por condición especial de salud: Corresponde al total de niños y niñas que han acudido a control y se encuentran en los plazos máximos de inasistencia que por ser recién nacido o presentar una condición especial de salud no es posible realizar un diagnóstico nutricional con los patrones ministeriales vigentes y requieren de otros patrones de crecimiento para la evaluación del estado nutricional específicos.

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.

Migrantes: 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 migrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

Definiciones operacionales:

En Población en Control se deben registrar el N° niños y niñas que a la fecha de corte se encuentren con sus controles al día, dentro de los plazos máximos de inasistencia según edad y sexo, considerando a los niños y niñas que excepcionalmente no cuenten con diagnóstico nutricional integrado.

Además, registra a los niños y niñas (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo, especificando los indicadores nutricionales y parámetros de medición.

La sumatoria de los niños(as) registrados en el diagnóstico nutricional integrado, más los niños(as) calificados como desnutridos secundarios, con aquellos niños y niñas sin diagnóstico nutricional por condición especial de salud debe ser coincidente con el total de población en control.

En el caso de los niños y niñas menores de 1 mes registrar como niños (as) sin evaluación nutricional por curso de vida (recién nacidos) o por condición especial de salud.

Los niños (as) registrados en Pueblos Originarios y Población migrantes deben estar **contenidos** en los registros según edad, sexo, indicadores nutricionales diagnóstico nutricional o sin evaluación nutricional según corresponda.

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, incluyendo a aquellos niños y niñas que por ser recién nacido o condición especial de salud no es posible clasificar su diagnóstico nutricional.

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

Definiciones conceptuales:

Total, de niños-(as) en control: Corresponde a la población infantil de niños(as) de entre 60 meses y hasta 9 años 11 meses 29 días, que se encuentra con su control de salud al día y a aquella que en el caso de estar inasistente, no supera los plazos máximos de inasistencia definidos en la sección E. Incluye a todos los niños y niñas que han sido evaluados según su estado nutricional, de acuerdo con la norma vigente y los indicadores IMC/edad, talla/edad y perímetro de cintura/edad junto con aquellos que por su condición de salud no es posible clasificarlos con estos patrones de crecimiento para la evaluación del estado nutricional.

Indicadores de Evaluación Nutricional

- **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: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$, y el resultado debe ser comparado con la clasificación del estado nutricional, según IMC para la edad.
- **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.
- **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.
- **Diagnóstico 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, sobre peso-riesgo/obesidad, obeso, obeso severo y normal.
- **Niños y niñas sin diagnóstico nutricional de acuerdo a dichos indicadores nutricionales por curso de vida (recién nacidos) o por condición especial de salud:** Corresponde al total de niños y niñas que han acudido a control y se encuentran en los plazos máximos de inasistencia que por ser recién nacido o presentar una condición especial de salud no es posible realizar un diagnóstico nutricional con los patrones ministeriales vigentes y requieren de otros patrones de crecimiento para la evaluación del estado nutricional específicos.
- **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.

- **Migrantes:** 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 migrantes 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 migrantes.

La sumatoria de los niños(as) registrados en el diagnóstico nutricional integrado, más los niños(as) calificados como desnutridos secundarios y los niños y niñas que por condición de salud no es posible calificarlos nutricionalmente, debe ser coincidente con el total de población en control.

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

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, incluyendo a aquellos niños y niñas que por ser recién nacido o condición especial de salud no es posible clasificar su diagnóstico nutricional.

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 59 meses que se encuentran asistentes a sus controles en el Programa Nacional de Salud Infantil del establecimiento de salud a la fecha de corte, que no cumplen criterios de inasistencia, y que han sido evaluados a través de la aplicación de la "Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor" (EEDP) de 1 a 24 meses (El que puede ser aplicado hasta los 24 meses 12 días) y el "Test de Desarrollo Psicomotor" (TEPSI) de 2 a 5 años, según norma.

Ambas evaluaciones deben estar integrados al control de salud, obteniendo los siguientes resultados: Normal, Normal con Rezago, Riesgo o Retraso.

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

Migrantes: 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 migrantes 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), 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

Definiciones conceptuales:

Población Menor de 1 Año en Control, según Score Riesgo en IRA y Visita Domiciliaria Integral: Corresponde a los niños y niñas que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, de 1 a 6 meses y de 7 a 12 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.

Cabe señalar que se realizar este Score de 1 a 6 meses, ya que desde los 7 en adelante es una aplicación tardía para la pesquisa e intervención precoz.

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

Migrantes: 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 migrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

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.

Sección 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, como las enfermedades bucales 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 refuerza hábitos preventivos de la salud bucal, reforzando la higiene con cepillo y pasta fluorada (entre 1000 y 1500 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.

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.

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

Definiciones conceptuales:

Población Inasistente a Control del Niño Sano: Corresponde a la población infantil que no concurrió a control en la fecha establecida según norma y que, según la edad alcanzada en el corte, su inasistencia a control supera los plazos máximos de inasistencia según edad y que, por ende, no cuentan con valores vigentes del estado nutricional. Estos niños y niñas **No** deben ser incluidos en la sección A y A.1.

Rango de edad	Criterio de inasistencia
De 0 a 11 meses	3 meses de inasistencia desde el último control asistente según calendario de controles
De 12 a 24 meses	6 meses de inasistencia desde el último control asistente según calendario de controles
De 25 a 35 meses	6 meses de inasistencia desde el último control asistente según calendario de controles
De 36 a 59 meses	13 meses de inasistencia desde el último control asistente según calendario de controles
De 60 meses a 9 años	18 meses de inasistencia desde el último control asistente según calendario de controles

En caso de inasistencia al control de los 3 años y medio por nutricionista, empezar las acciones de rescate lo antes posible.

Niños y Niñas asistentes a los 8 meses, no se consideran inasistentes a los 11, puesto que tienen controles al día.

Niños y Niñas asistentes a los 24 meses, no se consideran inasistentes a los 30 meses puesto que tienen sus controles al día.

Estos niños(as) deberían ser rescatados antes de cumplir estos plazos máximos, con prioridad en menores de 2 años y en controles con evaluación del desarrollo a través de la aplicación de instrumentos.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de niños (as) que encuentran “inasistentes” a su control de salud infantil y que superan los plazos máximos de inasistencia a control de salud en la fecha de corte, por grupo de edad. Identificar y evaluar la inasistencia de la población infantil, permitirá saber el porcentaje de niños y niñas que no asisten, debiendo realizar acciones de rescate antes de cumplir estos plazos máximos. Cabe destacar que al ser la población infantil susceptible de vulneración de derechos, solo pueden ser pasivados los niños y niñas trasladados de centro de salud o fallecidos. La población pasiva por traslado de centro puede seguir accediendo a los beneficios del PNAC e inmunizaciones.

La sumatoria de la población en control más la población que supera los plazos máximos de inasistencia más la población pasiva (fallecidos, traslados) debe ser similar a la Población Inscrita y Validada o adscrita según corresponda.

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:

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.

Clasificación HTA	Niños y Niñas 1-9 años
Normal	PAS y PAD < p90
Presión arterial elevada	PAS y/o PAD $\geq$ p90 a < p95 o PAS $\geq$ 120 mmHg y/o PAD $\geq$ 80 mmHg a < p95 (elegir la opción con el menor valor)
HTA Estadío I	PAS y/o PAD $\geq$ p95 a < (p95 +12 mmHg) O PAS $\geq$ 130 a 139 mmHg y/o PAD $\geq$ 80 a 89 mmHg (elegir la opción con el menor valor)
HTA Estadío II	PAS y/o PAD $\geq$ (p95 + 12 mmHg) o PAS $\geq$ 140 mmHg y/o $\geq$ 90 mmHg (elegir la opción con el menor valor)

Fuente: Tabla adaptada de referencia bibliográfica. Flynn & cols, 2017. p: percentil, HTA: Hipertensión Arterial, PAS: presión arterial sistólica, PAD: presión arterial diastólica.

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, presión arterial elevada, HTA Estadío I o Estadío II, según grupo de edad expresada en meses y años según corresponda. 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:

R.1: 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 según diagnóstico de Niños, Niñas y Adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) (Incluida en la Sección A y A.1)

Definiciones conceptuales:

El término NANEAS se construye a partir de la sigla que componen las palabras “Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud”. Como MINSAL, se considerará a los NANEAS como “niño, niña o adolescente que tiene una o más condiciones o patologías crónicas, de índole física, conductual, emocional y/o del desarrollo, que pueden o no estar asociada a discapacidad. Por lo anterior, requiere para su salud junto a su familia y/o cuidador/a mayor atención interdisciplinaria y efectiva coordinación intersectorial”.

En las distintas definiciones que se han propuesto para este grupo poblacional a lo largo del tiempo, se superponen NNA portadores de enfermedades crónicas con aquellos que deben vivir con una condición de salud que les diferencia del resto de la población. En el concepto NANEAS, el término “necesidades de atención”, pone énfasis en el cuidado, en contraposición a la idea de “enfermedad crónica” que acentúa la patología y la idea de cronicidad, la que desalienta y se acerca al estigma. Además, la pluralidad de “necesidades” aproxima a la diversidad de disciplinas y a la atención en red, con un abordaje coordinado, realizado desde distintas perspectivas y con diversas técnicas, con el fin de lograr la integralidad de la atención. El cuidado en red apunta a la integralidad de la atención con enfoque comunitario, mientras que lo “crónico” está más ligado al abordaje exclusivo desde el sector salud, aludiendo a una condición permanente, no siendo necesariamente así en todos los casos. El término “especiales”, ayuda a focalizarse en quienes más lo necesitan, y el término “salud”, se incluye con la perspectiva de

la Organización Mundial de la Salud, de 1948: “estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”, trascendiendo al enfoque biologicista.

Los NANEAS suelen tener mayor prevalencia de diversos problemas de salud, donde es fundamental diagnosticarlos e intervenir a tiempo, detectando los momentos que pudieran detonar crisis, como por ejemplo el momento del diagnóstico (o proceso diagnóstico), complicaciones de su patología de base o condición, hospitalizaciones, determinación de etapa paliativa y preparación para el final de la vida.

Total de NANEAS en control en APS: Corresponde a la población infantil y adolescente, desde los 0 meses hasta los 19 años, que se encuentran asistentes a sus controles de salud integral en el Programa Nacional de Salud de la Infancia y en el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del establecimiento de salud a la fecha de corte, hasta un plazo máximo de inasistencia para cada rango etario establecido (en la sección E de Inasistentes), independiente de la realización de la evaluación del estado nutricional asociada al control de salud. Por lo que están incluidos en la Sección A y A.1.

Las condiciones de salud que se presentan en este reporte corresponden a los siguientes diagnósticos clínicos:

- **Síndrome de Down:** Síndrome de Down corresponde a un conjunto de características particulares, debido a la presencia de un cromosoma 21 adicional o parte de él. Además, tienen un riesgo aumentado de presentar distintos problemas de salud que pueden impactar en su calidad de vida y la de sus familias, como: malformaciones congénitas, hipoacusia, vicios de refracción, hipotiroidismo, leucemia, discapacidad cognitiva, entre otras.
- **Trastorno del Espectro Autista:** es una condición heterogénea que afecta el neurodesarrollo y que presenta características expresadas en un amplio rango de manifestaciones. Los niveles de funcionalidad abarcan desde niños, niñas y adolescentes sin lenguaje funcional con grave retraso en el desarrollo, hasta aquellos con un desarrollo intelectual normal o por sobre el promedio sin retraso en el lenguaje. A pesar de esta heterogeneidad de manifestaciones, quienes presentan esta condición, pueden compartir dificultades en distintos aspectos como: la comunicación social, la teoría de la mente, la adaptación a los cambios, la integración sensorial; o tener patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Los términos para nombrar esta condición han evolucionado a lo largo del tiempo, hacia una visión más integradora, que utilice un lenguaje inclusivo y no estigmatizador. Actualmente, se postula hablar de NNA en el Espectro Autista. El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes que pueden causar deterioro a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento de niñas, niños y adolescentes, y generalmente constituyen una característica que es observable en todos los ámbitos, aunque pueden variar de acuerdo con el contexto social, educativo o de otro tipo, que al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, puede impedir o restringir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.
- **Síndrome de Rett:** Enfermedad poco frecuente, el desarrollo temprano aparentemente normal va seguido de una pérdida total o parcial del habla y de las habilidades locomotrices y del uso de las manos, juntamente con una desaceleración del crecimiento de la cabeza; por lo general, de aparición entre los 7 y los 24 meses de edad. Son signos característicos el movimiento de las manos sin objetivo aparente, las estereotipias con las manos, y la hiperventilación. El desarrollo social y del juego se detienen, pero el interés social tiende a mantenerse. A los 4 años de edad empieza a aparecer ataxia y apraxia del tronco, con frecuencia seguido de movimientos coreoatetoides. Casi invariablemente cursa con retraso mental grave.
- **Parálisis Cerebral:** La parálisis cerebral es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por anomalías del tono muscular, el movimiento y las habilidades motoras, y se atribuye a una lesión del Sistema Nervioso Central en maduración. Es una alteración no progresiva, pero irreversible. Este diagnóstico comprende a un grupo de desórdenes permanentes del desarrollo de la postura y movimiento, que causan la limitación en las actividades y participación de NNA. Las problemáticas motoras suelen estar acompañadas de alteraciones a nivel perceptivo, cognitivo, de la comunicación y/o conducta, epilepsia y problemas musculoesqueléticos secundarios.
- **Epilepsia:** es una enfermedad del sistema nervioso, donde ocurren: al menos 2 convulsiones no provocadas (o reflejas) con más de 24 horas de diferencia, una sola crisis epiléptica no provocada (o refleja) unido a una alta probabilidad por el origen causal de la misma, de que aparezcan más crisis durante los 10 años siguientes o cuando se diagnostica un síndrome epiléptico.

- **Otros trastornos del Neurodesarrollo (no incluye TEA):** se refieren a un conjunto de trastornos que afectan el comportamiento y la cognición. Sus manifestaciones se inician en el período del desarrollo (infancia-niñez). Causan dificultades en la adquisición o ejecución de funciones intelectuales, motrices, del lenguaje o socialización. No considera en el registro niños, niñas y adolescentes en el Espectro Autista, ni alteraciones del desarrollo como riesgo, rezago y retraso, los que deben registrarse en el REM correspondiente.
- **Hipertensión arterial:** Corresponde a valores de la presión arterial por sobre los rangos definidos para los NNA, acorde a su talla, edad y sexo asignado al nacer.
- **Enfermedad renal crónica:** corresponde al daño estructural o funcional según exámenes de laboratorio, imágenes y/o una velocidad de filtración glomerular (VFG) <60 ml/min/1.73 m² que se mantienen por más de 3 meses. La definición temporal no aplica en lactantes menores de 3 meses y el valor de VFG en menores de 2 años debe adecuarse a los límites inferiores para la edad, por la maduración renal de esta etapa.
- **Otras Enfermedades cardiovasculares crónicas (no incluye Hipertensión Arterial ni Cardiopatías Congénitas):** Las enfermedades cardiovasculares crónicas, corresponden a anomalías estructurales y/o funcionales, de carácter congénito o adquirido, que pueden afectar a vasos sanguíneos (ej. arterias coronarias), arritmias, válvulas cardíacas, músculo cardíaco y defectos congénitos o infecciones. No incluye hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad, sobrepeso, ni síndrome metabólico.
- **Enfermedades gastrointestinales crónicas (no incluye enfermedad celiaca):** Las enfermedades gastrointestinales crónicas, corresponden a anomalías estructurales y/o funcionales del tubo digestivo, hígado, vías biliares y páncreas, de carácter congénito o adquirido, incluyendo a los trastornos de la deglución.
- **Enfermedades crónicas del sistema visual (no incluye estrabismo ni errores de refracción):** Corresponden a anomalías oftalmológicas crónicas estructurales y/o funcionales de carácter congénito o adquirido.
- **Enfermedades crónicas del oído:** Corresponde a anomalías auditivas crónicas estructurales y/o funcionales de carácter congénito o adquirido.
- **Enfermedades crónicas de piel y mucosas:** Afecciones crónicas de la piel y mucosas, que impiden o afectan sus funciones vitales. Incluye enfermedades crónicas de la epidermis, de los fanéreos (pelo, folículo piloso, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas apocrinas y ecrinas, y uñas) y mucosas (mucosas conjuntival, bucal y genital), de la dermis, de la vasculatura cutánea y del tejido subcutáneo.
- **Neoplasias:** Una proliferación celular anormal o incontrolada que no está coordinada con los requerimientos de un organismo para el crecimiento, reemplazo o reparación normal de tejido. Una neoplasia puede ser benigno (no cancerosa) o maligna (cáncer).
- **Malformaciones congénitas y deformidades:** También llamadas anomalías congénitas, defectos de nacimiento, corresponden a anomalías estructurales o funcionales, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante la gestación, en el parto o en un momento posterior de la vida.

- **Trastornos genéticos:** corresponden a condiciones o enfermedades secundarias a una alteración genética. No incluye Síndrome de Down (sección aparte).
- **Prematuros:** Todo recién nacido vivo, que nace antes de las 37 semanas de gestación. Se pueden clasificar en: EXTREMO (o de muy bajo peso de nacimiento) cuando pesan menos de 1500g o nacen de menos de 32 semanas de gestación; en MODERADO cuando pesan más de 1500 g y nacen entre las 32 y menor a las 34 semanas; y TARDÍO cuando pesan más de 1500 g y nacen entre las 34 y menor a las 37 semanas.
- **Enfermedades hematológicas crónicas:** Corresponden a condiciones que afectan los glóbulos rojos, los glóbulos blancos, las plaquetas y los trastornos de la coagulación. No incluir cánceres (ejemplo: leucemias, linfomas), sección aparte.
- **Enfermedades musculoesqueléticas crónicas:** se consideran alteraciones crónicas de huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones, cartílagos; que pueden ser congénitas o adquiridas, que afectan la funcionalidad de niños, niñas y adolescentes. No considerar enfermedades del sistema inmunitario, registradas en sección específica.
- **Enfermedades del sistema inmunitario (no incluye asma, ni alergias alimentarias):** Considera trastornos crónicos que afectan al sistema inmunitario, donde destacan inmunodeficiencias primarias, inmunodeficiencias adquiridas, trastornos autoinmunitarios sistémicos, trastornos autoinflamatorios, afecciones alérgicas o de hipersensibilidad. Las alergias alimentarias se incluirán en sección aparte.
- **Alergias alimentarias:** La alergia alimentaria es una reacción adversa a los alimentos mediada por un mecanismo inmunitario, ya sea con implicación de IgE específica (mediada por IgE), mecanismos mediados por células (no mediada por IgE) o mecanismos mixtos mediados tanto por células como por IgE.
- **Otras Enfermedades endocrinológicas (no incluye Hipotiroidismo, ni Diabetes):** Grupo de condiciones crónicas en las cuales hay un trastorno asociado con cambios en la producción o utilización de hormonas (sistema endocrino). No incluir hipotiroidismo, ni diabetes mellitus, considerados en sección aparte.
- **Hipotiroidismo:** es el resultado de una disminución de la actividad biológica de las hormonas tiroideas a nivel tisular, bien por una producción deficiente o por resistencia a su acción en los tejidos diana, alteración de su transporte o de su metabolismo. Puede ser congénito o adquirido.
- **Diabetes tipo I:** Es el tipo más común en la infancia y adolescencia. Se caracteriza por la destrucción de las células beta conduciendo a la falla de la secreción insulínica. Esta destrucción es inducida por mecanismos autoinmunes.
- **Diabetes tipo II:** La diabetes tipo 2 en los NNA es una enfermedad crónica que afecta la forma en la que el organismo procesa la glucosa, asociada con mayor frecuencia a los adultos. No obstante, hay cada vez más casos de diabetes tipo 2 en niños, impulsada principalmente por la epidemia de obesidad.
- **Otros Trastornos del metabolismo:** Corresponden a condiciones que afectan a NNA en que reacciones químicas anormales en el cuerpo interrumpen los procesos normales de reacciones

catalizadas por enzimas dentro de las células de los tejidos (metabolismo), tales como conseguir o producir energía de los alimentos consumidos.

- **Otras Enfermedades respiratorias crónicas (no incluye Asma, ni Fibrosis Quística):** Incluye condiciones crónicas que afectan las vías respiratorias superiores, como las vías respiratorias bajas. síndrome bronquial obstructivo recurrente, y otras. No considerar fibrosis quística, se considera aparte.
- **Fibrosis Quística:** Es un trastorno hereditario de transmisión autosómica recesiva; se produce por una mutación en el gen que codifica la CFTR (proteína reguladora de conductancia transmembrana), ubicado en el brazo largo del cromosoma 7. Ella se causa daños graves y progresivos en los pulmones, el sistema digestivo y otros órganos del cuerpo, ya que afecta las células que producen secreciones y, en lugar de actuar como lubricantes, estas obstruyen las vías, especialmente en los pulmones y el páncreas.
- **Otras condiciones asociadas a NANEAS:** condiciones o enfermedades crónicas que afectan a niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud, no consideradas en otras categorías.
- **Hospitalización Domiciliaria:** Modalidad y estrategia asistencial alternativa a la hospitalización tradicional en contexto de cuadros agudos, en donde el niño, niña o adolescente recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, tanto en calidad como en cantidad, en atención a lo exigido por su estado de salud hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial de atención cerrada. Según su definición Minsal, no es equivalente a atención domiciliaria.
- **Oxigenoterapia Ambulatoria:** tiene el propósito de otorgar soporte de Oxígeno a NNA con patología respiratoria crónica, tales como fibrosis quística, displasia broncopulmonar, enfermedad pulmonar crónica post viral, malformaciones cardiopulmonares, con secuelas de neumonía aspirativa post daño neurológico, entre otras.
- **Asistencia ventilatoria Invasiva y No invasiva:** tiene el propósito de otorgar soporte respiratorio en NNA con hipoventilación nocturna derivada de diversas patologías de la bomba respiratoria, vía área, o parénquima pulmonar, a través de la entrega de un equipo generador de flujos, insumos y prestaciones profesionales.
- **Errores Innatos del Metabolismo:** Los errores innatos del metabolismo son enfermedades monogenicas, de herencia autosómica recesiva en su mayoría. La alteración en un gen produce un defecto enzimático, que conlleva a las alteraciones bioquímicas características de cada enfermedad metabólica y son responsables de los fenotipos desadaptativos propios de cada patología.
- **Asma:** 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.

- **Cardiopatía congénita:** Se denomina cardiopatías congénitas a todas las malformaciones cardiacas que estan presentes al momento del nacimiento. Son secundarias a alteraciones producidas durante la organogénesis del corazón, desconociéndose en la mayoría de los casos los factores causales.
- **Enfermedad celiaca:** La enfermedad celiaca, a veces llamada caliaquía o enteropatía sensible al gluten, es una reacción del sistema inmunitario al consumo de gluten, una proteína que se encuentra en el trigo, la cebada y el centeno.
- **Estrabismo:** El estrabismo es una desviación ocular manifiesta. Su diagnóstico precoz y manejo oportuno asegura el mejor desarrollo de la visión de ambos ojos, aumentando la probabilidad de una "visión binocular normal" evitando la ambliopatía.
- **Errores de refracción:** Un vicio de refracción es la consecuencia de la relación inarmónica entre los elementos ópticos (córnea y cristalino) y el largo axial del ojo (diámetro anteroposterior), o una falta de acomodación.
- **Otras Enfermedades crónicas neurológicas (No incluye síndrome de Rett, Parálisis Cerebral, Epilepsia, TEA):** Grupo de condiciones crónicas en las cuales hay un trastorno neurológico asociado.
- **Disrafias espinales:** Las disrafias espinales son un grupo que se caracterizan por una anomalía en el desarrollo del tubo neural. Se clasifican en dos grupos: disrafias abiertas y disrafias ocultas o cerradas. Las primeras corresponden a malformaciones prococes en el desarrollo embrionario de las estructuras medulares y raquídeas, y en todas ellas las estructuras nerviosas y meníngeas se encuentran comunicadas con el medio externo, lo que hace que su corrección quirúrgica sea urgente.

La disrafia espinal cerrada u oculta se caracteriza por arcos vertebrales anormales, médula espinal normal y piel que cubre la lesión intacta sin exposición visible de meninges o tejido neural, debe operarse en forma precoz.

- **Escoliosis:** La escoliosis corresponde a la deformidad estructural de la columna vertebral en el plano coronal (frontal) en forma permanente, asociado a componentes rotacionales simultáneos. Es una enfermedad evolutiva que sin tratamiento oportuno se va agravando con el desarrollo, se acentúa con el crecimiento rápido y, en la mayoría de los casos, se estabiliza al término de la madurez ósea.
- **Displasia luxante de caderas:** La Displasia Luxante de Caderas(DLC) corresponde a una alteración en el desarrollo de la cadera, que afecta, en mayor o menor grado, a todos los componentes mesodérmicos de esta articulación. Hay retardo en la osificación endocondral del hueso ilíaco y fémur y alteraciones del cartílago articular, y posteriormente, de músculos, tendones y ligamentos.
- **Cuidados paliativos:** Consiste en la asistencia activa y seguimiento integral a la persona, por un equipo interdisciplinario, siendo el objeto esencial del tratamiento asegurar la máxima calidad de vida posible a las personas con cáncer independiente de su estado clínico o en condición de salud de gravedad, mediante el alivio y prevención de síntomas y del sufrimiento asociado a la enfermedad en todo el curso de vida.

- **Gran Quemado:** Persona que sufre quemaduras que pueden comprometer su vida, o dejar secuelas funcionales graves permanentes.

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

Migrantes: 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 migrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

Definición Operacional:

La Población NANEAS en control en APS corresponde registrar el número de NANEAS bajo control en APS a la fecha de corte, según edad y sexo, y pueblos indígenas y migrantes. Cabe señalar que los registros de 0 a los 9 años están incluidos en la sección A.0 (Nuevo registro de Población Infantil en control), A Y A1, No así los registros de 10 a 19 años, por ser un grupo de mayor edad a las secciones mencionadas.

La población de NANEAS según diagnóstico, pueden ser registradas desde atención primaria, secundaria o terciaria. Se deben registrar a todos los niños, niñas y adolescentes desde recién nacido hasta los 19 años según edad, sexo, diagnóstico y pertenencia a pueblos indígenas y migrantes. Cabe señalar que, si un niño, niña o adolescente posee más de un diagnóstico, deben registrarse por separado.

Reglas de consistencia:

No tiene reglas de consistencia.

Sección I: Población según nivel de complejidad de Niños, Niñas y Adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) (Incluida en la Sección A y A.1)

Definición Conceptual:

Los niveles de complejidad de NANEAS son determinados por los puntajes de la nueva pauta de evaluación de complejidad.

NANEAS de baja complejidad: Tienen como resultado al aplicar la pauta entre, 1-8 puntos y corresponden a NANEAS que en general se encuentran estables y sus familias cuentan con herramientas que les permiten ser autovalentes en el cuidado. Pertenecen a este grupo el niño, niña o adolescente, sin alteraciones significativas en su funcionalidad, que puede necesitar apoyo o supervisión en actividades de la vida diaria. El equipo acompaña y coordina las distintas instancias de atención en salud, enlaza a redes de apoyo, promueve salud y detecta precozmente interurrencias o deterioro de la condición de base. La atención se centra en APS, con uno o dos especialistas de seguimiento en atención Secundaria.

NANEAS de mediana complejidad: Puntaje: 9-15 puntos. NANEAS que se encuentran estables, pero requieren de cuidados específicos permanentes o frecuentes para realizar actividades de la vida diaria o para superar situaciones de discapacidad. El cuidado de este grupo requiere un equipo especializado y multidisciplinario para resolver necesidades complejas. En la actual estructura de nuestro sistema público de salud, su atención debería estar ubicada en el nivel secundario de salud: centro diagnóstico terapéutico, o centro de referencia de salud, a cargo de un pediatra o médico familiar que centralice la toma de decisiones, en acuerdo con la familia y el niño, niña o adolescente.

NANEAS de alta complejidad: Puntaje: 16 o más puntos. NANEAS con fragilidad extrema y limitaciones funcionales severas y permanentes. Frecuentemente requieren hospitalización por descompensación de su condición de base, de forma transitoria o permanente. Este grupo permanece mucho tiempo al cuidado de un equipo en la atención terciaria, en servicios de neonatología, pediatría, unidad de paciente crítico, hospitales de cuidados crónicos u hospitalización domiciliaria. En su atención participan múltiples especialidades médicas y otros profesionales de la salud. Este grupo de NANEAS requiere una evaluación periódica de sus necesidades que permita flexibilizar el nivel de atención cuando la complejidad varíe, con el objetivo de maximizar el uso de los beneficios de la red de salud.

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

Migrantes: 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 migrantes nacidos en Chile, tienen nacionalidad chilena.

Definición Operacional:

Corresponde al registro de NANEAS según edad, sexo y nivel de complejidad.

Reglas de consistencia:

R.1: Se registra el número de niños y niñas, desagregados según edad, y sexo.

Sección J: Población En Control, Según Riesgo Odontológico Y Daño Por Caries

Definiciones Conceptuales

Total Niños (As) En Control Odontológico Con Enfoque De Riesgo: Corresponde a los niños y niñas menores 10 años que se encuentran bajo control odontológico en establecimientos del nivel primario de atención, que han sido evaluados según riesgo odontológico y daño por caries y que reciben medidas de prevención generales y específicas según su riesgo individual, de acuerdo a orientación técnica y norma vigente.

Evaluación De Riesgo Según Pauta Cero: Corresponde al resultado de la aplicación anual, por el odontólogo(a), de la herramienta de tamizaje "Pauta CERO" a todos los niños, niñas que se encuentran en control con enfoque de riesgo odontológico, obteniendo como resultado dos categorizaciones de riesgo: Alto y Bajo.

Daño Por Caries Según Índice CEOD o COPD: Corresponde al resultado del índice odontológico de daño por caries CEOD o COPD, que se establece con la sumatoria de dientes cariados, obturados y/o perdidos por caries, evaluado anualmente por el odontólogo(a). En niñas y niños menores de 7 años se consideran los dientes primarios para el registro de ceod y a partir de los 7 años se consideran los dientes definitivos para el índice COPD.

Inasistentes A Control Odontológico: Corresponde a los niños(as) bajo control que no acudieron a control con odontólogo(a) en la fecha establecida y que según edad y riesgo alcanzado en el corte, su inasistencia a control supera los plazos máximos especificados en la siguiente tabla.

RANGO DE EDAD	CRITERIO DE INASISTENCIA	
	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
1 a 2 AÑOS	12 Meses de inasistencia desde el último control asistente.	6 Meses de inasistencia desde el último control asistente.
3 a 9 AÑOS	6 Meses de inasistencia desde el último control asistente.	4 Meses de inasistencia desde el último control asistente.

Para todos los casos de inasistencia al control con odontólogo, se debe empezar las acciones de rescate lo antes posible.

Niños y Niñas menores de 1 año, no se consideran inasistentes, puesto que deben ser ingresados a la población bajo control y se considera un control único, según las orientaciones técnicas del programa.

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

Migrantes: 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 migrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

Usuarios Con Discapacidad: Es aquel usuario/a que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Ley 20.422).

Niños Y Niñas Red Mejor Niñez-Sename: Corresponde a usuarios que participan en programas del servicio Mejor Niñez y la red SENAME.

Definiciones Operacionales

Total Niños/as en Control Odontológico: En esta sección corresponde registrar el número de niños(as) bajo control odontológico a la fecha de corte, según edad, sexo y categorización de riesgo odontológico y daño por caries.

Inasistentes a Control Odontológico: Corresponde registrar el número total de niños(as) que se encuentran "inasistentes" al control odontológico, a la fecha de corte, según edad, sexo y criterios de inasistencia.

Reglas de Consistencia

R.1: El total de niños(as) en control odontológico debe ser consistente con el desglose según categorización de riesgo odontológico.

R.2: El total de niños(as) en control odontológico debe ser consistente con el desglose según daño por caries según índice ceod/COPD.

R.3: Los grupos específicos deben estar contenidos en los rangos etarios y por sexo.

REM-P3: Población en Control otros Programas

- 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
- Sección E:** Resultado de Encuesta Calidad de Vida

Definiciones Conceptuales y Operacionales 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, terapeuta ocupacional y/o nutricionista u otro profesional pertinente según condición de salud que tienen una citación para un próximo control con alguno de estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia de acuerdo a rango etario.

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 los diferentes ciclos vitales y/o rangos etarios, 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.
- **De 6 años a 14 años 11 meses 29 días:** 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.
- **De 15 años en adelante:** 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

Síndrome Bronquial Obstructivo 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 diagnóstico 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 diagnóstico 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 diagnóstico 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 u otras.

Oxígeno Dependiente: Personas en control por enfermedades respiratorias crónicas que requieren de oxígeno a permanencia como parte de su tratamiento.

Asistencia ventilatoria no invasiva o invasiva: usuarios pertenecientes a los Programas de Asistencia Ventilatoria Domiciliaria 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.

Glaucoma: Se refiere a un conjunto de enfermedades que afectan el ojo provocando pérdida gradual y progresiva de la visión, debido al daño ocasionado en el nervio óptico.

Enfermedad de Parkinson: Personas en control por enfermedad neurodegenerativas que produce pérdida paulatina e irreversible de la capacidad física y mental, denominada Parkinson.

Artrosis de Cadera y Rodilla: Personas en control por enfermedad articular situada en caderas o rodillas degenerativas por deterioro y pérdida del cartílago hialino.

Alivio Del Dolor: Personas en control por cuidados a raíz de dolor que produce limitación funcional parcial o total.

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 Oncológica: Personas bajo control que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, que, en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje de 35 puntos o menos y padecen alguna patología cancerígena.

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 necesidad de apoyos y cuidados y la existencia de un cuidador(a).

Personas clasificadas con Dependencia Severa con Lesión por presión: Personas bajo control que presentan dependencia severa y úlceras por presión.

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, 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 (el médico que otorga el certificado debe ser un médico del establecimiento APS, donde la persona con dependencia se encuentra inscrito), deberá realizar un certificado (el cual deberá ser adjuntado a la ficha de la persona con dependencia severa y/o registrado en la ficha clínica del establecimiento) que valide la dependencia y la necesidad de apoyo de un cuidador y por tanto se solicita el Ingreso al Programa de Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa del Establecimiento.

Total de Personas en Atención Domiciliaria con Dependencia Severa Oncológica: Personas bajo control en el programa de atención domiciliaria y padecen alguna patología cancerígena, recibiendo las prestaciones en el domicilio.

Total de Personas en Atención Domiciliaria con Dependencia severa No Oncológica: Personas bajo control en el programa de atención domiciliaria cuya condición funcional no es de origen oncológico, recibiendo las prestaciones en el domicilio.

Total de Personas en Atención Domiciliaria con Dependencia Severa con Demencia: Corresponde al subgrupo de dependientes severos con diagnóstico de demencia.

Total de Personas en Atención Domiciliaria con Dependencia Severa Institucionalizada: Corresponde al subgrupo de dependientes severos que residen en un Establecimiento de larga estadía (ELEAM) o similar (por ejemplo hogares de SENAME), siempre que estos no correspondan a un establecimiento de salud o penitenciario.

Total de Personas en Atención Domiciliaria con Lesión por presión: Personas bajo control en el programa de atención domiciliaria que presentan úlceras por presión.

Total de Personas en Atención Domiciliaria con indicación de Nutrición Enteral Domiciliaria (NED): Personas que presentan dependencia severa, se encuentran bajo control en establecimientos de salud, y pertenecen al Programa de atención domiciliaria por dependencia severa, con indicación de nutrición enteral domiciliaria desde el nivel de especialidad a través de la Ley de Tratamientos de Alto Costo.

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.

Pacientes con glaucoma: Corresponderá registrar la población en control por glaucoma de las UAPO.

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 úlceras, debe estar incluida en el número de personas con discapacidad severa oncológica o no oncológica.

En relación con 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 Lesión por Presión: Corresponde al número de personas con dependencia severa con úlceras por presión.

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 (quienes pueden recibir o no pago por cuidadores o estipendio, por lo tanto, se registrarán todos los pacientes que pertenecen al programa).

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 Migrantes (digite CERO si no tiene).

Sección 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.) 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.

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 el establecimiento u otro espacio comunitario, o bien de forma remota cuando no sea posible la realización de manera presencial.

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 P03 al término de la capacitación de al menos 6 sesiones de educación al cuidador.

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 (a) con examen preventivo vigente: Persona que cumple el rol de cuidador que, dependiendo de su edad y condición de salud, debe mantener su examen preventivo vigente de acuerdo a lo siguiente:

- Persona menor a 65 años sin patología crónica, debe mantener su EMPA vigente.
- Persona mayor a 65 años sin patología crónica debe mantener su EMPAM vigente.
- Persona con patología crónica debe mantenerse con sus controles al día y en caso de ser persona mayor de 65 años su EMPAM vigente.

Cuidadoras/es sin examen preventivo, ingresado a programa de salud: Persona que cumple el rol de cuidador que, no cuenta con su examen preventivo vigente, más fue ingresado al programa que le corresponde según su condición de salud en donde recibe sus controles y estos están al día.

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.), beneficiario del estipendio.

Cuidadoras/es en espera de 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.), que se encuentra a la espera del beneficiario del estipendio.

Total Cuidadoras/es con evaluación anual de nivel de sobrecarga: 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.), en quien se evaluó el nivel de sobrecarga en el periodo del año en curso.

Total Cuidadoras/es mayores de 65 años: 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.), que tiene 65 años o más.

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 (con el total de sesiones esperadas en un año), 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.

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

Definiciones conceptuales

Población en Control en Programa de Rehabilitación 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 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.

Ingresos: son todas aquellas personas que inician el programa de Rehabilitación pulmonar en el periodo.

Abandonos: son todas aquellas personas que egresan del programa de Rehabilitación Pulmonar en el periodo sin haber culminado el ciclo completo. Se requiere un mínimo de 17 sesiones para considerar completitud del ciclo (dentro de ellas debe existir una evaluación inicial y una final).

Egresos por término de ciclo: son todas aquellas personas que egresan del programa de Rehabilitación Pulmonar tras haber completado el mínimo de 17 sesiones incluyendo evaluación inicial y final.

Articulación continuidad en intersector: esta actividad considera la articulación con otras instancias presentes en el territorio con el objetivo de que la persona una vez habiendo completado el ciclo de Rehabilitación pulmonar, continúe realizando actividad física. Comprende instancias como gimnasios municipales, programas de actividad física para personas mayores u otras grupales o individuales. Requiere entregar información a la persona y al intersector de los signos de alerta y lo consignado en las evaluaciones iniciales y finales del programa, para que la actividad física sea ajustada a las condiciones del individuo.

Definiciones operacionales

En esta sección corresponde registrar el número de personas que se encuentran bajo control en el establecimiento, que a la fecha de corte han ingresado, finalizado y abandonado el programa de Rehabilitación Pulmonar en la sala IRA-ERA o mixta durante el semestre.

De la misma forma, se deben registrar el número de personas en las que existió articulación de instancias del intersector para continuidad de la actividad física de manera guiada. La información debe desagregarse por grupo etario y sexo.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección D: Nivel de Control de Población 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.

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)			

Definiciones operacionales:

Asma Bronquial: 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.

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 con relación a la basal.
- No desarrollan insuficiencia respiratoria.
- Mantienen una buena tolerancia a fármacos inhalados.

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.

R.2: El total de EPOC en ambos sexos no puede ser mayor al total de Asma Bronquial de ambos sexos de la sección A.

Sección E: Resultado de Encuesta Calidad Vida

Definiciones conceptuales:

Corresponde al resultado obtenido tras la aplicación de la encuesta de calidad de vida que se realiza en sala IRA-ERA o Mixta al ingreso a programa por patología crónica (EPOC, Asma y otras enfermedades crónicas respiratorias) y a su relación con la reevaluación anual que debe realizarse.

Las encuestas de calidad de vida a utilizar deben ser las definidas y estandarizadas para Asma según rango de edad y para EPOC (PedsQL, CAT, EQ5D). En el caso de otras crónicas, se puede utilizar otra validada genérica o específica (EQ5D, Saint George Respiratory Questionnaire u otra) teniendo en consideración que debe aplicarse el mismo instrumento al ingreso y en las Reevaluaciones para que esta pueda ser comparable.

Definiciones operacionales:

Se registra el número total de evaluados, incluidos los evaluados por primera vez. De los evaluados se debe registrar quienes mejoran en relación al año previo y quienes no lo hacen. Se debe registrar el dato desagregado por diagnóstico, sexo y edad.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de evaluados debe incluir a los evaluados por primera vez y a las reevaluaciones anuales, lo que debe coincidir con el total de encuestas aplicadas registradas en REM A23 sección Q.

R.2: La suma de quienes mejoran y quienes no mejoran en relación al año anterior, debe coincidir con total de reevaluaciones anuales registradas en REM A23 sección Q.

REM-P4 Población en Control Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)

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 Cardiovascular o Estrategia cuidado integral centrado en las personas (ECICEP) a la fecha de corte, ya sea en el establecimiento de salud, domicilio u otro establecimiento que cumpla con los criterios de calidad en caso de estado de alerta o catástrofe determinado por la autoridad sanitaria y están siendo controladas por alguna patología o condición 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, en este periodo de inasistencia se debe activar el sistema de rescate de inasistentes, con tres rescates efectivos.

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 CV o Estrategia ECICEP 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 (existencia): Corresponde a las personas que están bajo control en el Programa en el establecimiento de salud u otro lugar definido según criterios de calidad a la fecha de corte, y han sido diagnosticadas con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y/o dislipidemia. Las personas diagnosticadas con factores de riesgo se clasifican en tabaquismo en personas mayores de 55 años, antecedentes de infarto agudo al miocardio o antecedentes de enfermedad cerebro vascular.

Detección y prevención de la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC): 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 (VFG_e) 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.

La identificación de etapas en evaluación de función renal se relaciona con la estimación de la Velocidad de Filtración Glomerular (VFG_e) 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).

Para que una persona sea diagnosticada con ERC, debe cumplir **al menos uno** de los siguientes criterios:

- Velocidad de filtración glomerular estimada (VFGe) $<60\text{mL/min/1,73m}^2$.
- Marcadores de daño renal definido por la constancia de:
- Albuminuria (Relación albúmina/creatinina (RAC) $\geq 30\text{mg/g}$).
- Alteraciones del sedimento de orina. Ej. Hematuria, cilindros hemáticos.
- Alteraciones electrolíticas u otras alteraciones de origen tubular.
- Anormalidades estructurales (por diagnóstico de imagen por ecotomografía, radiografía o resonancia nuclear magnética).
- Alteraciones estructurales histológicas (biopsia renal).
- Historia de trasplante renal.

El diagnóstico de ERC se debe objetivar en al menos 2 ocasiones, con 3 meses de diferencia, para descartar injuria renal aguda. En caso de VFGe $<60\text{mL/min/1,73m}^2$, tomar un nuevo examen en un plazo ≥ 2 semanas, para descartar la injuria renal aguda.

Considerando la función y el daño renal, se debe clasificar la ERC según la siguiente tabla:

Velocidad de filtración glomerular estimada			Relación albúmina creatinina		
			Categorías, descripción y rangos (mg/g)		
			A1	A2	A3
			Normal o ligeramente elevada.	Moderadamente elevada.	Gravemente elevada.
Categorías, descripción y rangos (mL/min/1.73m ²)			<30	30 a 300	>300
G1	≥90	Normal o elevado.	Monitorizar si tiene ERC.	Monitorizar.	Interconsulta a especialista.
G2	60 a 89	Ligeramente disminuido.	Monitorizar si tiene ERC.	Monitorizar.	Interconsulta a especialista.
G3a	45 a 59	Ligera a moderadamente disminuido.	Monitorizar.	Monitorizar.	Interconsulta a especialista.
G3b	30 a 44	Moderada a gravemente disminuido.	Interconsulta a especialista.	Interconsulta a especialista.	Interconsulta a especialista.
G4	15 a 29	Gravemente disminuido.	Interconsulta a especialista.	Interconsulta a especialista.	Interconsulta a especialista.
G5	<15	Fallo renal.	Interconsulta a especialista.	Interconsulta a especialista.	Interconsulta a especialista.

Según esta clasificación, registrar:

- Sin enfermedad renal crónica
- ETAPA G1
- ETAPA G2
- ETAPA G3a
- ETAPA G3b
- ETAPA G4
- ETAPA G5

Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen como pertenecientes a algún pueblo originario reconocido en Chile, que se encuentran en control por el Programa de Salud Cardiovascular o en Estrategia ECICEP.

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 de riesgo.

Migrantes: 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 (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia, Tabaquismo, antecedentes de Infarto al Miocardio (IAM), antecedentes de enfermedad Cerebro Vascular (ACV). Además, se registra el número de personas en PSCV y/o ECICEP 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 personas con diabetes 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 "Migrantes" según sexo, debe estar contenido en 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 Migrantes (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 con Diabetes Mellitus tipo 2 "declaradas "Sin Enfermedad Renal", no debe ser mayor que el total de personas evaluados.

Sección B: Metas de Compensación

Definiciones conceptuales:

Personas bajo control por Hipertensión Arterial compensada: Corresponde a las personas que se encuentran en control 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	PA < 140/90 mm Hg
80 y más años	PA < 150/90 mm Hg

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 con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, y con valores de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) según la siguiente tabla:

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

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

Se debe registrar a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 que cumplan las 3 variables descritas.

Los exámenes de laboratorio y la presión arterial considerada deben ser los más recientes con relación a la fecha del censo y con una antigüedad no mayor de 12 meses.

Personas con RCV Alto: Corresponde a las personas que se encuentran en control en el programa de salud cardiovascular, con cualquier diagnóstico y que estén clasificados con riesgo alto y su examen de colesterol LDL sea menor a 100 mg/dl.

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

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

Fumador actual, corresponde a las personas que se encuentra en control y que han sido afectadas por enfermedades cardiovasculares (ACV y/o IAM) a la fecha de corte, y que según definición OMS son fumadores diarios u ocasionales.

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 o 150/90 mmHg, según la meta establecida por rango etario, están contenidas en el total de personas con hipertensión, 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% u 8% según meta establecida por rango etario, están contenidas en el total de personas con diabetes, por lo tanto, debe ser menor o igual al total del número de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, por grupo de edad y sexo.

Para tributar a la celda de "Pueblos Originarios", debe cumplir con el criterio de compensación indicado en la tabla diferenciada por edad y además pertenecer a un pueblo originario según la legislación chilena. Siendo así un subgrupo para la meta de compensación para los diagnósticos de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2.

Para tributar a la celda de "Población migrantes", debe cumplir con el criterio de compensación indicado en la tabla diferenciada por edad y además pertenecer a población migrante. Siendo así un subgrupo para la meta de compensación para el diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2. Cuando se llena este campo, excluye la celda de "Pueblos originarios".

El número de personas en control, con examen de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7%, presión arterial menor a 140/90 mmHg y Colesterol LDL menor a 100 mg/dl están contenidas en el total de personas con diabetes, por lo tanto, debe ser menor o igual al total del número de personas con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2, por grupo de edad y sexo.

El número de personas en control, con riesgo cardiovascular Alto y 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 u otro antiagregante plaquetario, 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 Migrantes (digite CERO si no tiene).

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

Sección C: Variables de Seguimiento del PSCV al Corte

Definiciones conceptuales:

Las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y que se encuentran en control en el PSCV y/o Estrategia cuidado integral centrado en las personas (ECICEP), deben ser monitoreadas permanentemente a fin de prevenir la ocurrencia de complicaciones micro y macroangiopáticas y en caso de que ya existan evitar su progresión o un nuevo evento.

Las variables de seguimiento de personas con diabetes 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 igual o 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 estimada (VFG_e) vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen su evaluación de VFG_e vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Con velocidad de filtración glomerular estimada (VFG_e) y 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 VFG_e vigente y RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Personas 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 realizado dentro de los últimos 12 meses a la fecha del corte.

Personas con atención podológica vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen una atención podológica vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha del corte.

Personas con electrocardiograma (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.

Personas en tratamiento con insulina: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, y usan insulina.

Personas en tratamiento con insulina que logra meta con HbA_{1c}, según edad: Usuarios con diabetes que usan insulina y que tienen HbA_{1c} <7% en personas menores de 80 años y <8% en personas de 80 años y más.

Personas con diabetes con HbA1c $\geq 9\%$: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, y tienen como resultado de la última medición vigente (últimos 12 meses) una HbA1c superior o igual al 9%.

Fumador actual : Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, con diagnóstico de Diabetes Mellitus y fuma de manera diaria u ocasional.

Con ERC etapa 3B o superior y 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 tienen diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y ERC etapa 3b o superior, y utilizan un inhibidor de enzima convertidora (IECA) o antagonista receptor de angiotensina (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 y que poseen un examen de medición del colesterol LDL realizado en los últimos 12 meses.

Personas Con Hipoglicemias Recurrentes: Corresponde a las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte y que han presentado una de las siguientes condiciones:

- A lo menos una hospitalización por hipoglicemia en los últimos 12 meses.
- Al momento del control de salud, persona refiere signos y/o síntomas de hipoglicemia en al menos 3 oportunidades en los últimos 12 meses.

Personas con evaluación vigente del pie, según pauta de estimación del riesgo de ulceración en personas con diabetes: 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 según riesgo en: bajo, moderado, alto y/o 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 de salud cardiovascular habitual, no es una actividad adicional.

Con Úlceras Activas de Pie Tratadas con curación convencional (pie diabético): Se registra el número de personas con diabetes que al corte han recibido curación convencional (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte). Se define curación convencional aquella curación realizada bajo maléolo interno o externo que no requiere uso de apósitos interactivos, bioactivos o mixtos sino más bien insumos simples como suero, apósito tradicional y cinta. En general se realiza en las últimas etapas de cicatrización su frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión.

Con Úlceras Activas de Pie Tratadas con Curación avanzada (pie diabético): Se registra el número de personas con diabetes que al corte han recibido curación avanzada (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte) Se define curación avanzada aquella curación ejecutada por profesional de enfermería producida por complicaciones de la diabetes mellitus, ubicada bajo maléolo interno o externo. Tiene la finalidad de controlar carga bacteriana, aplicar un apósito interactivo, bioactivo o mixto su frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión y del apósito primario elegido.

Con Úlceras Activas de Pie Tratadas con Ayuda técnica de descarga: Se registra el número de personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que a la fecha de corte, se les ha indicado ayuda técnica de descarga (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte).

Curación Avanzada en Ulcera Venosa: Es aquella curación ejecutada por profesional de enfermería producida por una deficiencia venosa ubicada sobre maléolo interno o externo. Tiene la finalidad de controlar carga bacteriana, aplicar un apósito interactivo, bioactivo o mixto, requiere sistema compresivo y su frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión y del apósito primario elegido.

Personas con diabetes con antecedente de amputación por pie diabético: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, quienes tienen el antecedente de una amputación no traumática, consecuencia de un pie con úlcera diabética.

Personas con diabetes con diagnóstico asociado de Hipertensión Arterial: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, y tienen asociado el diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Personas con diabetes con diagnóstico asociado de ERC: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, y tienen asociado el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica (G1 a G5).

Personas con diabetes con antecedentes de ataque cerebro vascular: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, que padecen Diabetes Mellitus, y tienen el antecedente de haber sufrido un ataque cerebro vascular.

Personas con diabetes con antecedentes de infarto agudo al miocardio: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, que padecen Diabetes Mellitus, y tienen el antecedente de haber sufrido un infarto agudo al miocardio.

Personas con Retinopatía Diabética: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que padecen Retinopatía Diabética.

PERSONAS CON HIPERTENSION EN PSCV

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 velocidad de filtración glomerular estimada (VFGe) y con razón albúmina creatinina (RAC) vigente: Corresponde a las personas con HTA que se encuentran bajo control a la fecha de corte y tienen su evaluación de VFGe vigente y RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Población con Presión Arterial igual o mayor a 160/100 mmHg: Corresponde al número de personas con hipertensión con presión arterial $>160/100$ mmHg.

Población con velocidad de filtración glomerular estimada (VFGe) vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen su evaluación de VFGe vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Protocolo HEARTS: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte con diagnóstico de hipertensión arterial que se encuentra en tratamiento estandarizado de fármacos según protocolo.

TODAS LAS PERSONAS EN PSCV

Todas las personas con sobrepeso IMC entre 25 y 29.9 <65: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, menores de 65 años, que presentan un IMC entre 25 y 29.9 en la última medición vigente.

Todas las personas con sobrepeso IMC entre 28 y 31.9 >65: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, con 65 años y más, que presentan un IMC entre 30 y 31.9 en la última medición vigente.

Todas las personas en PSCV Obesidad IMC igual o mayor a 30 Kg/m² <65: Corresponde a las personas menores de 65 años, que presentan un IMC igual o mayor a 30 dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Todas las personas en PSCV Obesidad IMC igual o mayor a 32 Kg/m² >65: Corresponde a las personas de 65 años y más que presentan un IMC igual o mayor a 32 dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Personas en Actividad Física Salud Cardiovascular: Corresponde a las personas que están bajo control de salud cardiovascular y que se les prescribió actividad física según OT vigente del programa.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar a la población de personas con diabetes 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 de personas con diabetes en control por variable de seguimiento:

Con Razón Albúmina Creatinina (RAC) vigente: Corresponde registrar al número de personas con diabetes, al corte, con RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

En caso que una persona con diabetes también presente hipertensión: Prevalecerá para efectos de registro como persona con diagnóstico de diabetes, debiendo consignar el dato en "PERSONAS CON DIABETES EN PSCV CON RAZON ALBÚMINA CREATININA (RAC), VIGENTE"

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

Con Velocidad de Filtración Glomerular Estimada (VFGE) Y con Razón Albúmina Creatinina (RAC) Vigente: Se registra el número de personas que, al corte poseen el resultado de VFGe y razón albúmina creatinina (RAC) vigente, es decir, realizado dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

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

Persona con atención podológica vigente: Se registra el número de personas que, al corte, poseen la atención podológica vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte). El número de personas en control, con atención podológica vigente están contenidas en el total de personas con diabetes, por lo tanto, debe ser menor o igual al total del número de personas con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2, por grupo de edad y sexo.

Persona con ECG Vigente: Se registra el número de personas con diabetes mellitus, que al corte, poseen electrocardiograma vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte).

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

En Tratamiento con Insulina que logra meta con HbA1C según edad: Se registra el número de persona con diabetes que usan insulina y que tienen HbA1C <7% en personas menores de 80 años y < 8% en personas de 80 años y más.

Con HbA1c >= 9 %: Se registra el número de personas que, al corte, el resultado de su examen de hemoglobina glicosilada es superior o igual al 9%.

Con ERC Etapa 3B o superior y 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 tienen diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y ERC etapa 3b o superior, y utilizan un inhibidor de enzima convertidora (IECA) o antagonista receptor de angiotensina (ARA II).

Con un examen de Colesterol LDL Vigente: Corresponde a las personas con diabetes mellitus que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte y que poseen un examen de medición del colesterol LDL realizado en los últimos 12 meses.

Con Hipoglicemias recurrentes: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que presenta antecedentes de una hospitalización por hipoglicemia o refiere signos y síntomas de hipoglicemia en al menos 3 oportunidades en los últimos 12 meses.

Curación convencional en pie diabético: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en curación convencional del pie diabético y se realiza en las últimas etapas de cicatrización su frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión.

Curación Avanzada en pie diabético: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en curación avanzada del pie diabético, por complicaciones de la diabetes mellitus.

Curación Avanzada en Ulcera Venosa: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en curación convencional del pie diabético. Tiene la finalidad de controlar carga bacteriana, aplicar un apósito interactivo, bioactivo o mixto, requiere sistema compresivo y su frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión y del apósito primario elegido.

Protocolo HEARTS: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte con diagnóstico de hipertensión arterial que se encuentra en tratamiento estandarizado de fármacos según protocolo emanado por el Ministerio de Salud.

Personas en actividad física Salud Cardiovascular: Corresponde registrar a las personas que están bajo control de salud cardiovascular y que se les prescribió actividad física según OT vigente, y han realizado dicha actividad física en talleres asociados a salud cardiovascular o en asociación con el intersector (ej: Instituto Nacional del Deporte) en los últimos 12 meses.

Reglas de consistencia:

R.1: Las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 declarados por grupo etario en la sección C, no deben ser mayor a las personas con diagnóstico de diabetes 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 personas declaradas por grupo etario en la misma sección.

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

R.4: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

REM-P5: Población en Control Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores

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:	Personas Mayores con sospecha de maltrato.
Sección D:	Personas Mayores en actividad física.
Sección E:	Personas Mayores con riesgo de caídas.

Definiciones Conceptuales y Operacionales REM P-5

Sección A: Población en control por condición de funcionalidad

Definiciones conceptuales:

Población en Control: Corresponde a las personas mayores que están en control en el centro de salud evaluadas mediante el examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) que mide factores de riesgo y los antecedentes de salud. Registra condiciones de salud (patologías crónicas y síndromes geriátricos), estado nutricional, antecedentes mórbidos, 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) o, Índice de Barthel (para personas que presentan dependencia en Actividades de la Vida Diaria Básicas), 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). Como parte del EMPAM las personas deben recibir el correspondiente Plan de Atención Integral y la planificación de acciones de seguimiento respectivo. Este Plan de Acción comprende objetivos, actividades, plazos y el respectivo seguimiento. Se formula en acuerdo con la persona mayor, para mantener o mejorar la condición de salud, intervenir sobre los factores protectores, factores limitantes y los resultados del Examen de Medicina Preventiva. Considera actividades realizadas por el equipo de salud, clínicas y de gestión de beneficios en salud y otras acciones de articulación con el intersector.

En el caso de personas ingresadas a la Estrategia de Cuidado Integral (ECICEP) se debe tener presente que se espera la generación de un único Plan de Cuidado Consensuado que integre los resultados y planificación resultantes del EMPAM, para el desarrollo del Cuidado Integral Centrado en la Persona.

Se considera como población bajo control a todas las personas de 65 años y más, que a las que se ha aplicado el Examen de Medicina Preventiva, que incluya el respectivo Plan de Atención o se les ha realizado un control de seguimiento¹ en el período comprendido correspondiente a los últimos 11 meses y 29 días respecto a la fecha de corte.

Es preciso recordar que el control del programa de salud cardiovascular efectuado según los lineamientos del respectivo programa no reemplaza la aplicación del EMPAM y por tanto, las personas de 65 y más años que cuentan con control cardiovascular al día, pero que no cuentan con EMPAM aplicado dentro de los últimos 11 meses 29 días a la fecha del corte, no forman parte de la población bajo control por condición de funcionalidad.

¹Control de Seguimiento corresponde a la prestación determinada para las personas mayores cuyo nivel funcional es categorizado como autovalente con riesgo, en riesgo de dependencia, dependiente leve o dependiente moderado dentro de los 6 meses de realizado el Examen de Medicina Preventiva, para la evaluación del Plan de Atención.

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 integrantes del equipo de salud capacitado. Este instrumento clasifica según resultado en: Autovalente sin riesgo, Autovalente con riesgo, riesgo de dependencia. La vigencia es anual.

Personas que requieran asistencia de un tercero para la realización de actividades de la vida diaria deben ser evaluadas para determinar nivel de dependencia a través del Índice de Barthel.

Índice de Barthel: Es un instrumento de evaluación que se aplica en el control de salud del adulto, que permite determinar el nivel de dependencia. Los resultados de su aplicación son: Dependencia Leve, Dependencia Moderada, Dependencia Grave y Dependencia Total.

Personas con resultado de dependencia grave y total deben ser derivadas al Programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa siguiendo bajo control por las acciones antes descritas para la población de personas mayores.

Personas Mayores en ELEAM: Son personas de 65 años y más que se encuentran en un establecimiento de larga estadía para adultos mayores y se encuentra inscritos en establecimientos de atención primaria y para efectos de este REM, bajo control por condición funcional.

Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen con algún pueblo originario, que se encuentran inscritas en establecimientos de atención primaria y para efectos de este REM, bajo control por condición funcional.

Migrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, que se encuentran inscritas en establecimientos de atención primaria y para efectos de este REM, bajo control en el establecimientos.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas de 65 años y más bajo control en el bajo control en el centro de salud por el Examen de Medicina Preventivo y el correspondiente resultado de condición funcional evaluado a través de EFAM o Índice de Barthel, a la fecha de corte, según grupo de edad y sexo de las personas, las que pertenecen o se auto reconocen con un pueblo originario, y migrantes 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 las personas mayores con dependencia leve, moderada, grave o total.

Las personas registradas en pueblos originarios y migrantes 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 migrantes (digite CERO si no tiene).

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

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

Definiciones conceptuales:

Este Programa corresponde a un programa de reforzamiento de la Atención Primaria. Comprende la participación en actividades de estimulación funcional y autocuidado de las personas de 65 y más años pesquizadas en el examen de medicina preventivo del adulto mayor (EMPAM) como Autovalentes sin riesgo, Autovalentes con riesgo y en Riesgo de Dependencia., Este programa desarrolla una intervención promocional y preventiva de estimulación de habilidades motoras, prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de vida saludable, planificados participativamente en cada comunidad. Este programa atiende también a las personas entre 60 y 64 años con Exámen de Medicina Preventiva (EMPA) vigente, o en caso de poseer condiciones crónicas, encontrarse con el control por condiciones crónicas vigente (control integral o control por condiciones crónicas).

El objetivo de este Programa es mantener o mejorar la condición de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.

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 o control de salud, que manifiesten su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso Informado.

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 migrantes.

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

Nota: El grupo de 60 a 64 años, que no cumple criterios de aplicación de EMPAM, deben ser registrados en la fila de la condición Autovalente sin riesgo (filas F y G 26). Esta instrucción es una convención con el equipo técnico, que establece para este grupo que no posee evaluación funcional por EMPAM.

La información provendrá desde la ficha clínica, tarjeteros u otro instrumento que cumpla el objetivo de consignar las personas ingresadas al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Reglas de consistencia:

R.1: La población registrada bajo control en el programa Más Adultos Mayores Autovalentes debe ser igual a los ingresos del período.

R.2: No olvide escribir en la celda de migrantes (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 por Estado Nutricional

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la población de personas mayores de 65 años y más que se encuentran bajo control en el establecimiento con nivel primario de atención, que ha sido evaluada por el Examen de Medicina Preventiva, cuyos resultados permiten determinar el diagnóstico del **Estado Nutricional**. Se clasifica en Bajo Peso, Normal, Sobrepeso y Obeso.

Las personas mayores que padecen “dependencia moderada, grave o total”, y que no pueden ser evaluadas objetivamente a través de control de peso y talla, deberán ser evaluadas 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.

Personas Mayores en ELEAM: Son personas de 65 años y más que se encuentran en un establecimiento de larga estadía para adultos mayores y se encuentra inscritos en establecimientos de atención primaria y que han sido evaluadas por EMPAM.

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.

Migrantes: 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 de 65 años y más bajo control en el Centro de Salud, evaluadas por el Examen de Medicina Preventiva 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 migrante, que sean parte del programa.

El total de personas mayores de 65 años y más según estado nutricional debe ser igual al total de población en control por condición de funcionalidad, por grupo de edad y sexo, registrado en la sección A.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda migrantes (digite CERO si no tiene).

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

Sección C: Personas 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 en el Examen de Medicina Preventivo. 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, psicológico o económico a la persona. El abuso a las personas mayores puede ser parte de situaciones de violencia intrafamiliar, 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 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 mayor 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 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 de la persona mayor con la comunidad, o el centro de salud.

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 úlceras por presiones no atendidas.

Personas Mayores en ELEAM: Son personas de 65 años y más que se encuentran en un establecimiento de larga estadía para adultos mayores y se encuentra inscritos en establecimientos de atención primaria.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas de 65 años y más bajo control en el Centro de Salud evaluadas por el Examen de Medicina Preventiva 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: El número de pacientes con sospecha de maltrato no puede ser mayor que el total de personas de 65 años y más declarados bajo control por condición de funcionalidad en la sección A.

Sección D: Personas Mayores en actividad física

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas de 65 años y más que se encuentran bajo control en establecimientos de atención primaria, evaluadas por el Examen de Medicina Preventiva 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.

Personas mayores en ELEAM: Son personas de 65 años y más que se encuentran en un establecimiento de larga estadía para adultos mayores y se encuentra inscritos en establecimientos de atención primaria.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de personas de 65 años y más bajo control en el centro de salud a la fecha de corte, por edad y sexo de las personas, que realizan actividad física según lo evaluado en el Examen de Medicina Preventiva. Esta práctica de actividad física puede ser ejecutada en estrategias del centro de salud, de otros servicios municipales, en otras entidades o en forma independiente por la persona mayor.

Reglas de consistencia:

R.1: Las personas mayores en actividad física, no deben ser mayor al total de personas de 65 años y más declaradas bajo control en la sección A por condición de funcionalidad, independiente de su clasificación funcional, considerando que las personas con algún nivel de dependencia pueden realizar actividad física adaptada.

Sección E: Personas Mayores con riesgo de caídas

Definiciones conceptuales:

Timed UP and GO (TUG): 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 despegla 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.

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 y se debe clasificar como RIESGO ALTO.

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.
- 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 de 65 años y más bajo control en el Centro de Salud por evaluación con el Examen de Medicina Preventiva 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: Las Personas Mayores con evaluación de riesgo de caídas, deben ser menor o igual al total de Personas de 65 años y más declarados bajo control por condición de funcionalidad en la sección A.

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

Sección A: Atención Primaria.

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

Sección A.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 en control en especialidad al corte.

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

Definiciones Conceptuales y Operacionales REM-P6

Sección A: Atención Primaria

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

Definiciones conceptuales:

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. Considera a las personas que reciben prestaciones de control de salud mental de manera presencial, como también, a las personas que reciben acciones telefónicas de seguimiento y/o controles de salud mental realizados de manera remota, siendo todo esto, registrado en su respectiva ficha clínica electrónica.

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.

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.
- **Suicidio:** Es el acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte. Por lo general es consecuencia de la desesperación derivada o atribuible a una enfermedad física, una enfermedad mental como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia o el trastorno límite de la personalidad el alcoholismo o el abuso de sustancias.

- **Ideación suicida:** Abarca un continuo que va desde pensamientos sobre la muerte o sobre morir ("me gustaría desaparecer"), deseos de morir ("ojalá estuviera muerto"), pensamientos de hacerse daño ("a veces tengo ganas de cortarme con un cuchillo"), hasta un plan específico para suicidarse ("me voy a tirar desde mi balcón").
- **Intento de suicidio:** Implica una serie de conductas o actos con lo que una persona intencionalmente busca causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación.
- **Personas con diagnósticos de trastornos mentales:** Para identificar el diagnóstico, basarse en guías clínicas, orientaciones técnicas actuales, o la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).
 - **Trastornos del Humor (Afectivos) en nivel de APS**
 - Depresión Leve
 - Depresión Moderada
 - Depresión Grave
 - Depresión Post parto: Corresponde al episodio depresivo que comienza dentro de las 4 primeras semanas o dentro de los 3 primeros meses posteriores al parto, y que con tratamiento adecuado se logra un buen resultado (remisión total) a los 6 meses de tratamiento.
 - Trastorno Bipolar
 - **Trastornos Mentales y del Comportamiento debido a Consumo Sustancias Psicotrópicas:**
 - Consumo perjudicial de Alcohol: se refiere al patrón de consumo de alcohol en el cual la persona experimenta un daño en su salud tanto a nivel físico y/o mental. Asimismo, esto también puede implicar un efecto perjudicial para su entorno o la dificultad para la realización de actividades que cotidianamente llevaba a cabo.
 - Consumo dependiente del Alcohol: se refiere al patrón sostenido de consumo de alcohol en la cual la persona ha desarrollado una adaptación o tolerancia al consumo de dicha sustancia. A su vez, se presentan síntomas conductuales y físicos que se acompañan de una pérdida de control del consumo.
 - Consumo perjudicial de Drogas: se refiere al patrón de consumo de drogas distintas al alcohol en el cual la persona experimenta un daño en su salud tanto a nivel físico y/o mental. Asimismo, esto también puede implicar un efecto perjudicial para su entorno o la dificultad para la realización de actividades que cotidianamente llevaba a cabo.

- Consumo dependiente de drogas: se refiere al patrón sostenido de consumo distinto al alcohol en la cual la persona ha desarrollado una adaptación o tolerancia al consumo de dichas sustancias. A su vez, se presentan síntomas conductuales y físicos que se acompañan de una pérdida de control del consumo.
- Consumo de drogas y alcohol: Se refiere al patrón de consumo de drogas y alcohol que conlleva a consecuencias para la salud de la persona.

○ **Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia:**

- Trastorno Hipercinético.
- 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:**

- Trastorno Estrés Post Traumático: Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.

En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez. Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad.

Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo

- Trastorno de Pánico: También denominado ansiedad paroxística episódica, corresponden a ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular o a un conjunto de circunstancias, y que por lo tanto son impredecibles. Entre los síntomas predominantes se cuentan el comienzo repentino de palpitaciones, el dolor precordial, las sensaciones de asfixia, el vértigo y los sentimientos de irrealidad (despersonalización y falta de vínculo con la realidad). A menudo hay también un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer.

La crisis de angustia/pánico no debe aparecer como diagnóstico principal si la persona padece un trastorno depresivo en el período en que se inician los ataques, dado que en esas circunstancias las crisis de angustia son probablemente secundarias a la depresión. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno de pánico si puede darse de manera concomitante con otros diagnósticos como trastorno de personalidad, trastornos somatomorfos, o trastornos disociativo, entre otros.

- Fobias sociales: Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante.

Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad.

Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto. Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas. Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas. La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

- Trastorno de ansiedad generalizada: La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular, es decir, se trata de una "angustia libre flotante". Los síntomas predominantes son variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un cercano vayan a enfermar o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. La persona debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.); Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse). Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.). En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes. La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).
- Otros trastornos de ansiedad: Se incluyen el Trastorno obsesivo compulsivo, otras fobias específicas y el trastorno adaptativo. Además, los trastornos mixtos ansioso-depresivos deberán clasificarse en este apartado, cuando hay marcado predominio de la sintomatología ansiosa.

- **Demencias (Incluye Alzheimer):**

- Leve: Tiende a ser ignorada. Familiares y amigos (y a veces también profesionales) erróneamente lo entienden sólo como “vejez”, o tan sólo lo consideran como un componente del proceso de envejecimiento. Dado que el inicio de la enfermedad es gradual, es difícil saber con exactitud cuándo comienza. Algunas características que se presentan son las siguientes:

Las personas tienen problemas de memoria, olvidándose de algunas cosas, especialmente aquellos hechos recientes. Una diferencia central respecto al envejecimiento normal, es que los olvidos tienen a abarcar hechos completos (por ejemplo, haber ido al médico la semana anterior) y no sólo detalles de un evento (por ejemplo, detalles de la explicación del médico). Se pueden presentar dificultades en la comunicación, tal como para encontrar las palabras adecuadas de uso poco frecuente. Pueden ocurrir extravíos en lugares no tan familiares o conocidos.

Puede ocurrir desorientación temporoespacial, incluyendo hora del día, mes, año, estaciones. En el caso de la demencia tipo Alzheimer, es más frecuente la desorientación temporal en etapas iniciales.

Se pueden presentar dificultades en la toma de decisiones complejas y puede disminuir la capacidad para planificar viajes y el manejo de las finanzas. Pueden existir algunas dificultades para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (ejemplo: uso de transporte, medicación, uso del dinero, cocinar, lavar, entre otras).

Se comienza a observar repetitivo, esto es, puede hacer una misma pregunta o contar un mismo evento de forma reiterada, pudiendo mostrarse contrariado y/o ansioso cuando se le hace notar este defecto.

En términos conductuales, uno de los primeros síntomas que suele aparecer es la apatía, la que suele confundirse con depresión.

No obstante lo anterior, la persona aún es capaz de funcionar con relativa normalidad en su ambiente cotidiano, debido a que tiende a compensar sus errores con aquellas áreas que aún tiene preservadas. En el caso de la demencia tipo Alzheimer, la compensación se da desde el área social, la que tiende a observarse completamente normal.

- Moderado: Se produce un avance de la enfermedad, en la que los problemas que se presentan son más obvios y comienzan a ser más limitantes. Entre las características que se presentan en esta fase se encuentran:

Las personas tienen mayores dificultades a nivel de memoria, tornándose muy olvidadizos, especialmente sobre eventos recientes y nombres de personas. En esta etapa se acentúa lo señalado en el apartado anterior, pudiendo olvidar lo hecho o conversado tan sólo minutos atrás. En esta etapa es imposible ignorar el problema de memoria, si se trata de una demencia tipo Alzheimer, pues el olvido es masivo y el aprendizaje de nueva información es escaso.

Existe desorientación temporoespacial y en general se ven afectados diferentes dominios cognitivos.

Las personas son menos capaces de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares). Habitualmente sabe su nombre, y generalmente el de su esposa e hijos. Así mismo, recuerda hechos del pasado remoto, aunque con escasos detalles.

Se presentan dificultades para comprender el tiempo, fechas, lugares y eventos; podría perderse tanto en el hogar como en la comunidad. Se pueden aumentar dificultades en la comunicación (en el habla y la comprensión). La dificultad en nombrar objetos se vuelve más acentuada, y el lenguaje en general se torna empobrecido en relación a sus capacidades basales, lo que se evidencia con el aumento de palabras generales como "eso", "cosa", etc., en reemplazo de la palabra apropiada.

No requiere asistencia en el aseo ni en la alimentación, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.

Existen dificultades para realizar actividades domésticas con éxito, como preparar alimentos, limpiar o ir de compras. Las personas son incapaces de vivir solas de manera segura, requiriendo de un apoyo considerable de familiares/cuidadores. Debido a los trastornos cognitivos, la persona tiene severas dificultades para entender el mundo que le rodea, el que le puede aparecer por momentos amenazante e inseguro. Es por ello que en esta etapa pueden aparecer los trastornos del comportamiento (o síntomas neuropsiquiátricos), muchos de los cuales son exacerbados por claves ambientales que actúan como gatillantes. Por lo mismo, es la etapa donde el estrés del cuidador se ve más acentuado.

- Avanzado: Se produce un nivel de dependencia casi total en las personas que presentan demencia, sumado a inactividad en algunos, llegando en casos más severos a caer en postración. Las alteraciones de la memoria son más serias y las repercusiones físicas de la enfermedad se tornan más evidentes. Entre las características de esta fase se presentan:

Las personas usualmente no están al tanto de la fecha o el lugar donde se encuentra, presentando desorientación temporoespacial. En esta etapa en realidad más que la desorientación temporoespacial, uno de los aspectos más llamativos de lo cognitivo es la gran afectación en lenguaje tanto expresivo como comprensivo. En etapas finales sólo puede emitir sonidos o palabras inconexas. Todas las funciones cognitivas están severamente afectadas y la comunicación se torna muy difícil.

Se presentan dificultades para comprender lo que sucede a su alrededor (esto ya está presente en etapas moderadas a severas de la enfermedad). No se reconoce a familiares, amigos u objetos conocidos, se presenta un ritmo diurno frecuentemente alterado, existe dificultad para comer sin ayuda, se podría tener dificultades para tragar. Las personas pueden sufrir de incontinencia urinaria e intestinal, por lo que requieren de una necesidad cada vez mayor de recibir asistencia para el autocuidado (ej. aseo personal y bañarse).

Presentan cambios en su movilidad: puede no ser capaz de caminar o estar confinado a una silla de ruedas o cama.

Las personas pueden perderse dentro del hogar. Estos periodos son sólo pautas aproximadas, ya que algunas personas pueden deteriorarse más rápido y otras más lentamente, sumado a que no todas las personas con demencia manifiestan la totalidad de los síntomas (OMS, 2012). Si a pesar de las características descritas para estas fases de progresión de la demencia persiste la duda para su clasificación, se sugiere consignar el registro en la categoría de DEMENCIA LEVE

Es importante considerar que esta pauta esta principalmente orientada a la demencia tipo Alzheimer, que es la más frecuente. No obstante, la evolución y forma de progresión puede variar en otros tipos de demencia.

○ **Esquizofrenia:**

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales.

Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.

La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta.

No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas.

El primer episodio de esquizofrenia hace referencia al inicio de la enfermedad.

En muchos casos se consigna el subtipo predominante de los síntomas de la enfermedad: esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica (o desorganizada), esquizofrenia catatónica (o catatonía esquizofrénica), esquizofrenia indiferenciada, esquizofrenia residual (o esquizofrenia crónica indiferenciada).

El diagnóstico de esquizofrenia excluye diagnosticar otros trastornos psicóticos como el trastorno delirante, trastornos psicóticos agudos y transitorios y trastorno esquizoafectivo).

○ **Trastorno Adaptativo:**

Es definido como estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que interfieren con el funcionamiento y con el desempeño social, y que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante.

El factor estresante puede haber afectado la integridad de la red de relaciones sociales de la persona (duelo, experiencias de separación), puede haber alterado el sistema más amplio de sus fundamentos y valores sociales (migración, condición de refugiados), o bien puede haber representado una transición o una crisis importante en su desarrollo (ingreso a la escuela, paternidad, fracaso en la obtención de una meta personal esperada, jubilación).

La afección no habría surgido sin la acción del factor estresante.

Las manifestaciones varían e incluyen depresión del humor, ansiedad o preocupación (o una mezcla de ambas), sentimiento de incapacidad para arreglárselas, para planificar el futuro o para continuar en la situación actual, como también cierto grado de deterioro en la ejecución de la rutina diaria. Puede haber rasgos de trastornos de la conducta asociados, especialmente en los adolescentes. El rasgo predominante puede consistir en una reacción depresiva breve o prolongada o en una perturbación de otras emociones y de la conducta.

El trastorno adaptativo no debe aparecer como diagnóstico principal si la persona padece un trastorno depresivo, trastorno bipolar, esquizofrenia u otro trastorno mental de mayor gravedad.

Excluye: trastorno de ansiedad de separación en la niñez, ya que debe ir registrado en la fila correspondiente a ese trastorno.

- **Trastornos de la conducta alimentaria**
- **Retraso mental**
- **Trastorno de personalidad**
- **Trastorno generalizado del desarrollo**
 - Autismo
 - Asperger
 - Síndrome de Rett
 - Trastorno Desintegrativo de la infancia
 - Trastorno generalizado del desarrollo no específico
- **Epilepsia.**
- **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 Migrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Programas SENAME: Corresponde a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan en algún programa de la red de protección del SENAME y que se encuentran en control vigente en el nivel primario de salud, contemplado en el Plan de Salud Familiar.

Niños, Niñas y Adolescentes Programa de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (SPE ex Mejor Niñez): Es una entidad avocada a la atención de niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos. Se crea como servicio a partir del 5 de enero 2021, pero comienza su operación el 1 de octubre de 2021.

Es un servicio de protección especializada para restituir los derechos de los niños y darles la protección que sea necesaria.

Son sujetos de atención del Servicio no solo los niños, niñas y adolescentes; sino también sus familias. Los programas de SPE pueden ser Residenciales, o Ambulatorios.

Plan de cuidado integral elaborado: Instrumento de gestión clínica que explicita un diseño estratégico de intervención para cada persona usuaria, elaborado en base al motivo de consulta y a la evaluación y diagnóstico integral realizado por el equipo tratante, incorporando en su construcción a la persona, familia, red de apoyo. El Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, sustituye el concepto de Plan de Tratamiento Integral (PTI) y Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI), por el de Plan de Cuidados Integrales (PCI). Esta opción técnica revela el concepto de “cuidados” por sobre el de “tratamiento”, ya que el PCI aporta una visión amplia del proceso de atención y cuidado que apunta a la recuperación y la inclusión socio sanitaria. Aunque la construcción conjunta y consensuada de los objetivos supone un acuerdo con la persona usuaria (y su familia y grupo de apoyo), el conocimiento de estos objetivos y la participación en sus logros es una necesidad que debe traducirse en una formulación explícita de estos acuerdos, expresado en un contrato terapéutico y, cuando corresponda según la Ley 20.584, en un consentimiento informado.

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 “Número de personas en control en el Programa” “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, migrantes y Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Población SENAME.

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 20.

La población bajo control de gestantes, madres de hijo menor de 5 años, pueblos originarios, población migrante y Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Población SENAME debe estar incluida en la población registrada según grupo de edad y sexo de las personas atendidas.

En la columna Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Programas SENAME se registra la población bajo control de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, de todos los Programas y dispositivos SENAME (ambulatorios, centro de cuidado alternativo residencial – residencia, Centro de Internación Provisoria (CIP) y Centro Cerrado de Reclusión (CRC), desagregados por cada factor de riesgo o diagnóstico.

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.

Plan Cuidado Integral Elaborado: Corresponde registrar los Planes de Cuidado Integral de las personas bajo control en el programa, comprendiendo que toda persona que se encuentra en tratamiento por algún factor de riesgo y/o trastorno mental, debe tener su PCI.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda migrantes (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 Niños, niña, adolescente y Jóvenes de población SENAME (digite CERO si no tiene).

Sección A.2: Programa de Rehabilitación en Atención Primaria. (Personas con Trastorno Psiquiátricos)

Definiciones conceptuales:

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.

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.

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 recibido 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.

El 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.

Sección B: Atención de Especialidades

Sección 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.

Suicidio: Es el acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte. Por lo general es consecuencia de la desesperación derivada o atribuible a una enfermedad física, una enfermedad mental como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia o el trastorno límite de la personalidad el alcoholismo o el abuso de sustancias.

Ideación suicida: Abarca un continuo que va desde pensamientos sobre la muerte o sobre morir ("me gustaría desaparecer"), deseos de morir ("ojalá estuviera muerto"), pensamientos de hacerse daño ("a veces tengo ganas de cortarme con un cuchillo"), hasta un plan específico para suicidarse ("me voy a tirar desde mi balcón").

Intento de suicidio: Implica una serie de conductas o actos con lo que una persona intencionalmente busca causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación.

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

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.
- 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 de Alcohol: Se refiere al patrón de consumo de alcohol en el cual la persona experimenta un daño en su salud tanto a nivel físico y/o mental. Asimismo, esto también puede implicar un efecto perjudicial para su entorno o la dificultad para la realización de actividades que cotidianamente llevaba a cabo.

- Consumo dependiente del Alcohol: Se refiere al patrón sostenido de consumo de alcohol en la cual la persona ha desarrollado una adaptación o tolerancia al consumo de dicha sustancia. A su vez, se presentan síntomas conductuales y físicos que se acompañan de una pérdida de control del consumo.
- Consumo perjudicial de Drogas: Se refiere al patrón de consumo de drogas distintas al alcohol en el cual la persona experimenta un daño en su salud tanto a nivel físico y/o mental. Asimismo, esto también puede implicar un efecto perjudicial para su entorno o la dificultad para la realización de actividades que cotidianamente llevaba a cabo.
- Consumo dependiente de drogas: Se refiere al patrón sostenido de consumo de drogas distintas al alcohol en la cual la persona ha desarrollado una adaptación o tolerancia al consumo de dichas sustancias. A su vez, se presentan síntomas conductuales y físicos que se acompañan de una pérdida de control del consumo.
- Consumo de drogas y alcohol: Se refiere al patrón de consumo de drogas y alcohol que conlleva a consecuencias para la salud de la persona.
- **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:**
 - Trastorno de estrés post traumático
 - Trastorno de pánico
 - Fobias sociales
 - Trastorno de ansiedad generalizada
 - Otros trastornos de ansiedad
- **Demencias (Incluye Alzheimer):**
 - Leve
 - Moderado.
 - Grave

- **Esquizofrenia**
- **Trastorno adaptativo**
- **Trastornos de la conducta alimentaria**
- **Retraso mental**
- **Trastorno de personalidad**
- **Trastorno generalizado del desarrollo**
 - Autismo
 - Asperger
 - Síndrome de Rett
 - Trastorno desintegrativo de la infancia
 - Trastorno generalizado del desarrollo no específico
- **Epilepsia**
- **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 migrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Programas SENAME: Corresponde a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan en algún programa de la red de protección del SENAME

y que se encuentran en control vigente en el nivel primario de salud, contemplado en el Plan de Salud Familiar.

Plan de cuidado integral elaborado: Instrumento de gestión clínica que explicita un diseño estratégico de intervención para cada persona usuaria, elaborado en base al motivo de consulta y a la evaluación y diagnóstico integral realizado por el equipo tratante, incorporando en su construcción a la persona, familia, red de apoyo. El Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, sustituye el concepto de Plan de Tratamiento Integral (PTI) y Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI), por el de Plan de Cuidados Integrales (PCI). Esta opción técnica revela el concepto de “cuidados” por sobre el de “tratamiento”, ya que el PCI aporta una visión amplia del proceso de atención y cuidado que apunta a la recuperación y la inclusión socio sanitaria. Aunque la construcción conjunta y consensuada de los objetivos supone un acuerdo con la persona usuaria (y su familia y grupo de apoyo), el conocimiento de estos objetivos y la participación en sus logros es una necesidad que debe traducirse en una formulación explícita de estos acuerdos, expresado en un contrato terapéutico y, cuando corresponda según la Ley 20.584, en un consentimiento informado.

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 de referencia de Salud, Hospitales de Mediana Complejidad, Hospitales de Alta Complejidad y Centros comunitarios de salud mental.

En la fila “Número de personas en control en el Programa” como en la fila “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, por población perteneciente a pueblos originarios o migrantes.

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 70 y 77.

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 migrantes (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 Niños, niña, adolescente y Jóvenes de población SENAME (digite CERO si no tiene).

R.4: No olvide escribir en la celda Plan cuidado integral elaborado (digite CERO si no tiene).

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

Definiciones conceptuales:

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.

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.

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 los “Centros de Salud Familiar” (CESFAM), “Centros Comunitarios de Salud Familiar” (CECOF), postas rurales y Hospitales Comunitarios. Cada CESFAM, CECOF, posta rural y Hospital Comunitario debe informar separadamente.

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 Operacionales REM-P7

Sección A.: Clasificación de las Familias Sector Urbano

Definiciones conceptuales:

Nº 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.

Nº de Familias Evaluadas con cartolas / encuesta familiar: Corresponde al número total de familias que mantienen evaluaciones vigentes a la fecha del corte. Las evaluaciones corresponden a la aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer el grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial de una familia. La vigencia de la evaluación efectuada con cartolas / encuesta familiar será definida por cada Servicio de Salud.

N.º de familias en riesgo bajo, medio y alto: Corresponde al número total de familias que mantienen evaluaciones vigentes, a la fecha del corte, mediante la aplicación de una pauta o matriz de desarrollo local, cuyo resultado de evaluación ha arrojado que las familias presentan riesgo bajo, moderado o alto.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de familias inscritas a la fecha de corte.

De aquellas familias inscritas, se registra cuántas familias tienen evaluación vigente, según las normas de vigencia definidas por cada Servicio de Salud. La evaluación se debe realizar mediante la aplicación de una cartola o encuesta familiar de desarrollo local que permita medir el grado de vulnerabilidad o de riesgo biopsicosocial de las familias del establecimiento. Luego de haber sido evaluadas, las familias deben ser clasificadas como familias: con riesgo bajo, con riesgo medio o con riesgo alto.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de familias con evaluaciones vigentes a la fecha del corte no puede ser mayor al número de familias inscritas.

R.2: El número de familias en riesgo bajo, medio y alto no puede ser superior al número de familias con evaluaciones vigentes realizadas con cartola / encuesta familiar.

R.3: La sumatoria de familias en riesgo bajo, medio y alto debe coincidir con el número de familias con evaluaciones vigentes a la fecha del corte.

Sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural

Definiciones conceptuales:

N° de Familias Inscritas: Corresponde al número total de familias inscritas (con ficha clínica física y/o electrónica) 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 mantienen evaluaciones vigentes a la fecha del corte. Las evaluaciones corresponden a la aplicación de una pauta o matriz de desarrollo local para establecer el grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial de una familia. La vigencia de la evaluación efectuada con cartola / encuesta familiar será definida por cada Servicio de Salud.

N° de Familias sin riesgo: Corresponde al número total de familias que mantienen evaluaciones vigentes, a la fecha del corte, mediante la aplicación de una pauta o matriz de desarrollo local, cuyo resultado de evaluación ha arrojado que las familias se encuentran libre de riesgo.

N° de Familias en Riesgo Bajo, Medio y Alto: Corresponde al número total de familias que mantienen evaluaciones vigentes, a la fecha del corte, mediante la aplicación de una pauta o matriz de desarrollo local, cuyo resultado de evaluación ha arrojado que las familias presentan riesgo bajo, medio o alto.

Definiciones operacionales

En esta sección corresponde registrar el número de familias inscritas a la fecha de corte.

De aquellas familias inscritas, se registra cuántas familias tienen evaluación vigente, según las normas de vigencia definidas por cada Servicio de Salud. La evaluación se debe realizar mediante la aplicación de una cartola o encuesta familiar de desarrollo local que permita medir el grado de vulnerabilidad o de riesgo biopsicosocial de las familias del establecimiento. Luego de haber sido evaluadas, las familias deben ser clasificadas como familias: con riesgo bajo, con riesgo medio o con riesgo alto.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de familias con evaluaciones vigentes a la fecha del corte no puede ser mayor al número de familias inscritas.

R.2: El número de familias en riesgo bajo, medio y alto no puede ser superior al número de familias con evaluaciones vigentes realizadas con cartola / encuesta familiar.

R.3: La sumatoria de familias en riesgo bajo, medio y alto debe coincidir con el número de familias con evaluaciones vigentes a la fecha del corte.

Sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural

Definiciones conceptuales:

N° de familias con plan de intervención: Corresponde al número total de familias por sector que fueron detectadas con riesgo en la evaluación (es decir, con riesgo bajo, medio o alto) 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 con riesgo en la evaluación y que no fueron ingresadas ya que no cuentan con un plan integral de intervención familiar, a la fecha de corte.

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

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar información de familias evaluadas en establecimientos de salud urbano y rural, las cuales han sido detectadas en riesgo y que se les planifica un plan de intervención, durante el semestre antes del corte.

Si un CESFAM, CECOF u Hospital Comunitario, 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:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

REM-P9: Población en Control del Adolescente

- Sección A:** Población en control de 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 ámbito Gineco-Urológicos/Sexualidad.

Definiciones Conceptuales y Operacionales REM-P9

Generalidades

El Control de Salud Integral de Adolescentes presencial, permite evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo integral, fortalecer factores y conductas protectoras e identificar riesgos. Permite también, pesquisar y otorgar un manejo inicial a los problemas de salud, prevenir enfermedad y discapacidad, además de referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que requieran atención y resolución por otros profesionales o disciplinas en los distintos niveles de atención.

El Control, además, tiene objetivos orientados a la promoción y educación para la salud, fomentar la entrega de herramientas para el autocuidado y hábitos de vida saludables y aumentar el uso de los servicios de salud en adolescentes y sus familias, a fin de potenciar una adultez saludable.

Total de adolescentes en control: Corresponde a la población total de adolescentes de 10 años hasta 19 años 11 meses 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 vigentes.

El Control de Salud Integral adolescente presencial es realizado por Médico, Matrona/ón o Enfermera/o. Sólo en el caso del Control vía remota, puede ser realizado también por otro profesional capacitado. Para el egreso de población Bajo Control, se definirá como plazo un máximo de inasistencia a su citación de hasta **11 meses 29 días a la fecha de corte**, en el caso de adolescentes que han sido pesquizados con algún riesgo, se mantiene el mismo plazo máximo de inasistencia a su citación de **11 meses y 29 días a la fecha de corte**. Antes de realizar **Egreso por Abandono**, periodo en el cual se debe activar el protocolo de rescate y realizar a lo menos tres acciones de rescate de inasistentes documentadas para este periodo.

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 10 años hasta 19 años 11 meses 29 días, que se encuentran bajo control en APS, 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, con indicadores IMC/edad, talla/edad y perímetro de cintura/edad.

Indicadores de Evaluación Nutricional y parámetros de medición:

- **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: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$, y el resultado debe ser comparado con la clasificación del estado nutricional, según IMC para la edad.
- **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.
- **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.
- **Diagnóstico 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 diagnóstico nutricional integrado debe ser realizado por profesional nutricionista.**

Registro por: Grupo etario Adolescentes de 10-14 años y adolescentes de 15 a 19 años.

- **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, presencial.
- **Migrantes:** 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 presencial. 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, 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 migrantes.

Actividad que se hace sólo en el Control de Salud presencial, por ello 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 menos la población con control de salud remoto.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de adolescentes en control puede ser mayor al total del diagnóstico nutricional integrado.

R.2: No olvide escribir en la celda Adolescentes Migrantes (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.

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.

- **Total de adolescentes en Control, según educación y trabajo:** Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 11 meses 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 11 meses 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 11 meses 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 toda actividad laboral remunerada o no 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 11 meses 29 días que realiza las tareas del hogar durante jornadas extensas de 21 o más horas a la semana.

Registro por: Grupo etario Adolescentes de 10-14 años y adolescentes de 15 a 19 años.

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 migrantes.

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 y que se les ha realizado el Control de Salud Integral **presencial o remoto**.

Migrantes: Corresponde a los adolescentes cuya nacionalidad es distinta a la chilena y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud y que se les ha realizado el Control de Salud Integral **presencial o remoto**. Cabe señalar que los hijos de migrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de población Migrantes (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 la que 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.

Total de adolescentes en control según áreas de riesgo: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 11 meses 29 días, que se encuentran bajo control en establecimientos de nivel primario de atención y que han sido detectados a través de control de salud integral (presencial o remoto) con riesgos, es decir si, tiene una o más situaciones de alerta en las siguientes áreas:

Riesgo Salud Sexual Reproductiva (SSR): Se debe considerar las situaciones de alerta (color amarillo) de la sección: 1) Gineco/urológico: ITS/VIH, embarazo, hijos, abortos 2) Sexualidad: Intensión/conducta anticipatoria o activa, relaciones sexuales, prácticas sexuales, dificultad en relaciones sexuales, uso condón (a veces o nunca), uso MAC actual (a veces o nunca), no haber tenido consejería para uso MAC, Violencia en la pareja, violencia sexual. Se considera riesgo SSR, si tiene una o más situaciones de alerta en estas secciones.

Riesgo suicida: Riesgo suicida: Se debe considerar riesgo las situaciones de alerta (color amarillo) de la sección riesgo suicida: ideación suicida actual (último mes) e intento suicida (últimos 3 meses). En el caso de suicidio amigos/as o familiares cercanos, éste se considera riesgo sólo en adolescentes vulnerables (ver Orientación técnica para el Control de Salud Integral Adolescente, 2021).

Riesgo social: Se considera el riesgo social en adolescentes que en la entrevista refieran antecedentes judiciales, vivir solo/a o en institución, vivienda con malas condiciones sanitarias o hacinamiento, trabajo infantil, peores formas o peligroso, entre otros.

Riesgo Psicoemocional: Se considera riesgo psicoemocional en adolescentes con antecedentes de problemas de salud mental no tratados, mala percepción sobre la familia, con signos o síntomas de sufrimiento emocional (rechazado entre pares, ciberbullying, acoso, sin amigos, impedimento para relacionarse con los demás, sin proyecto de vida u otro), y/o con un estado de ánimo desanimado, estresado o irritable.

Violencia: Se considera la detección de riesgo de violencia en aquellos/as adolescentes que refieran en la entrevista episodios de violencia, como víctima o perpetrador/a, ya sea física, psicológica y/o sexual, presencial o virtual, de pares, adultos, familia y/o desconocidos.

Riesgo OH/Drogas: Se considera riesgo cuando refiere consumo de alcohol y/o drogas en el último mes y cuyo resultado del CRAFF resulta positivo para consumo.

Todo adolescente menor de 14 años que refiere consumo debiera recibir intervención motivacional, ya sea para un refuerzo preventivo, como para realizar estrategias de motivación y cambio.

Malnutrición por déficit: Se debe considerar quienes resulten de la antropometría con IMC menor o igual a -2 desviación estándar, detención o disminución de canal de crecimiento de IMC sin tratamiento para bajar de peso, asociado a cambios en conducta alimentaria, alimentación inadecuada, dietas vegetarianas, veganas o práctica de deportes de alto rendimiento sin supervisión profesional, consumo de fármacos purgantes u otras conductas similares. También se considerará Talla/Edad menor o igual -2 desviación estándar, incremento o estatura por debajo de lo esperado en 6 meses.

Malnutrición por exceso: Se debe considerar quienes resulten de la antropometría con IMC igual o superior +2 desviación estándar y/o con perímetro de cintura mayor o igual al percentil 90, según edad y sexo.

Riesgo deserción escolar: Considera a adolescentes que refieran no estar escolarizados, hayan repetido, tengan problemas en instituciones educativas, que sean víctimas de violencia escolar y/o su rendimiento sea peor que el de sus pares, y que él o la profesional lo interprete como una amenaza para la continuidad de sus estudios.

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

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 y que se les ha realizado el Control de Salud Integral **presencial o remoto**.

Migrantes: Corresponde a los adolescentes cuya nacionalidad es distinta a la chilena y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud y que se les ha realizado el Control de Salud Integral **presencial o remoto**. Cabe señalar que los hijos de migrantes 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 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 migrantes.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de Adolescentes Migrantes (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 ámbitos 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 completará 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 11 meses 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 (presencial o remoto) 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 11 meses 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 11 meses 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 11 meses 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 11 meses 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 11 meses 29 días, que al momento del control de salud se 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.

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 y que se les ha realizado el Control de Salud Integral **presencial o remoto**.

Migrantes: Corresponde a los adolescentes cuya nacionalidad es distinta a la chilena y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud y que se les ha realizado el Control de Salud Integral **presencial o remoto**. Cabe señalar que los hijos de migrantes 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, 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 migrantes.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de Adolescentes Migrantes (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 11 meses 29 días, que se encuentran bajo control en establecimientos del nivel primario de atención, y que ha recibido consejería ya sea de manera presencial o remota.

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. Esta intervención debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades del o la adolescente.

Actividades y 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”.

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.

- **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.

La Consejería (en todas sus actividades y áreas temáticas) debe incorporar la pertinencia cultural cuando se realizan a grupos específicos como:

- **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.
- **Migrantes:** 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 migrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

La Consejería es una prestación que se realiza también por los profesionales de los Espacios Amigables.

- **Espacios Amigables se definen como:** “espacios físicos agradables, atractivos y cercanos a los/las adolescentes, con características tales que aseguren: su accesibilidad como en cuanto a horarios diferidos de atención, gestión de tiempos de espera, gratuidad; respeto ando a la cultura, la diversidad y sin discriminación; facilitando además la participación de adolescentes y su empoderamiento. Que cuenta con profesionales que tengan competencias específicas para la atención de esta población.”

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 autorreconocen con algún pueblo originario o que son de población de migrantes.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de Adolescentes Migrantes (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 Espacios Amigables (digite CERO si no tiene).

REM-P11: Población en Control Programa de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA

- Sección A:** Población en control del Programa de VIH/SIDA (Uso exclusivo de Centros de Atención VIH/SIDA).
- Sección B:** Población en control por comercio sexual (Uso exclusivo de unidades de control comercio sexual).

Definiciones Conceptuales y Operacionales REM-P11

Sección A: Población en control del programa de VIH/SIDA (Uso exclusivo centros de atención VIH/SIDA).

Definiciones conceptuales:

Persona en control: Considera a las personas VIH positivas confirmadas por ISP con atención vigente a la fecha de reporte. Se entiende por atención vigente la atención realizada por el equipo profesional del establecimiento con prestaciones para personas viviendo con VIH (presencial o telemática) y/o retiro de TAR (cualquier modalidad).

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

Gestante inicia TAR en este embarazo: Considera a la gestante en control vigente a la fecha del corte que inició TARV en este embarazo.

Gestante en TAR previa a este embarazo: Considera a la gestante en control vigente a la fecha del corte, que inició TAR antes de este embarazo. Incluye a aquella mujer que recibía TAR por su propia patología y que se embaraza.

Persona no gestante con VIH/SIDA con TAR: corresponde a los usuarios que están en control vigente a la fecha del corte y que reciben TAR (cualquier modalidad).

Persona no gestante con VIH/SIDA sin TAR: corresponde a los usuarios que están en control vigente a la fecha del corte y que NO reciben tratamiento antirretroviral.

Nº de personas en TAR (gestantes y no gestantes) con Carga Viral < a 1000 copias: corresponde a la persona en control vigente por VIH que en el último examen de carga viral realizado en el año calendario del reporte presenta un resultado menor a 1000 copias.

Para el reporte de junio considerar las cargas virales realizadas de enero a junio.

Para el reporte de diciembre considerar las cargas virales realizadas de julio a diciembre.

Población TRANS: Se entenderá por persona TRANS aquella que teniendo un determinado sexo biológico se comporta, se viste o se identifica con el género opuesto.

TRANS femenina: persona de sexo biológico hombre que se comporta, se viste o se identifica con el género femenino.

TRANS masculino: persona de sexo biológico mujer que se comporta, se viste o se identifica con el género masculino. Esta definición incluye a las personas transgénero, travestis y transexuales.

Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen con algún pueblo originario y se encuentran bajo control vigente CON o SIN Tratamiento Antirretroviral (TARV) en el establecimiento de salud.

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

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas bajo 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 (TAR), registrándose por grupo de edad, sexo y condición de gestante a la fecha de corte. Además, registrar 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 Migrantes (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 (Uso exclusivo de unidades control comercio sexual).

Definiciones conceptuales:

Nº de personas en control comercio sexual: Corresponde al número total de personas en control activo, por sexo y edad.

Se entiende por control activo para el corte de Junio: todas las personas que han asistido a control a lo menos una vez entre el 1º de enero y el 30 de junio.

Se entiende por control activo a Diciembre: todas las personas que han asistido a control a lo menos una vez entre el 1º de julio y el 31 de diciembre.

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, PUEBLOS ORIGINARIOS Y en la última columna se debe registrar a la Población Migrantes, 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.

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

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda migrantes (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: Personas con Tamizaje para la Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino – Mamografía - Examen físico de Mama Vigentes y producción De PAP Y VPH (Semestral)

Sección A:	Programa de cáncer de cuello uterino: Población con tamizaje vigente para la detección precoz del cáncer de cuello uterino.
Sección B:	Programa de cáncer de cuello uterino: PAP realizados e informados, según resultados y grupos de edad. (Examen realizados en la red pública).
Sección B.1:	Programa de cáncer de cuello uterino: PAP realizados e informados, según resultados y grupos de edad. (Examen realizado en extrasistema).
Sección C:	Programa de cáncer de mama: Mujeres con mamografía vigente en los últimos 2 años.
Sección D:	Programa de cáncer de mama: Número de mujeres con examen físico de mama (vigente).
Sección E:	Programa de Cáncer de Cuello Uterino: Población con examen de VPH (vigente).
Sección F:	Programa de Cáncer de Cuello Uterino: resultados de VPH, realizados en el sistema público, según grupos de edad (realizados en la red pública)
Sección F.1:	Programa de Cáncer de Cuello Uterino: resultados de VPH realizados en el extrasistema según grupos de edad (Examen realizados en extrasistema).

Definiciones Conceptuales y Operacional REM-P12

Sección A: Programa de cáncer de cuello uterino: Población con tamizaje vigente para la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

Definiciones conceptuales

Mujeres con Tamizaje Vigente para la Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino: El Programa cáncer de cuello uterino, es un Programa nacional de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cáncer del cuello del útero y sus lesiones pre invasoras. Esta sección mide el numerador del indicador de Cobertura de tamizaje vigente para la detección precoz de cáncer de cuello uterino, examen focalizado en mujeres de 25 a 64 años con PAP Vigente en los últimos 3 años o Test VPH vigente en los últimos 5 años.

El tamizaje está inserto 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.

Trans Masculino con Tamizaje Vigente para la Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino: Corresponde a personas TRANS Masculino con PAP Vigente en los últimos 3 años o Test VPH vigente en los últimos 5 años, que, manteniendo órganos de mujer, han realizado los trámites necesarios en el Servicio de Registro Civil e de Identificación y cambian su sexo registral a hombre.

Esta población también tiene acceso garantizado a tamizaje vigente para la detección precoz de cáncer de cuello uterino en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) y en el GES".

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas menores de 25, entre 25 y 64 años y además de las de 65 y más años distribuidos por grupos quinquenales, con PAP Vigente en los últimos 3 años o Test VPH vigente en los últimos 5 años, a la fecha del corte. Registrar en la columna de Mujeres u Hombres según corresponda. Entendiendo que la columna de "TRANS Masculino" son las personas, que, manteniendo estructura biológica de mujer, ha realizado los trámites necesarios en el Registro Civil para que su identificación sea "Hombre".

Las comunas sin implementación Test de VPH, mantendrán su población en base a tamizaje por PAP: Número de mujeres y personas trans masculinos de 25 a 64 años, inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2023.

Mientras que las comunas que cuentan con co-test (PAP+ Test de VPH), deben considerar ambos exámenes para definir su población vigente: Número de mujeres y personas transmasculinos con Test VPH tomados en los años 2019 y 2020 + número de mujeres y personas trans masculinos de 25 a 64 años inscritas y validadas con PAP Vigente en los últimos 3 años. (2021, 2022, 2023). Estas comunas pertenecen a los Servicios de Salud de: Arica, Antofagasta, Coquimbo, Metropolitano Central, Metropolitano Norte, Metropolitano Occidente, Metropolitano Oriente, Metropolitano Sur, Maule, Talcahuano, Araucanía Sur, Valdivia, Osorno.

Cada establecimiento debiera obtener el dato del Citoexpert, REVICAN o Plataforma de desarrollo local (dependiendo del sistema que use el Servicio de Salud), y registro local de mujeres y trans masculinos de 25 a 64 años con PAP o Test de VPH vigente tomados en extrasistema, respetando la fecha de corte (30 de junio y 31 de diciembre). La profesional matrona (ón) encargada (o) del programa de cáncer Cervicouterino del centro de Atención Primaria es responsable del reporte.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección B: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: PAP realizados e informados, según resultados y grupos de edad (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 Citoexpert.

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.1: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: PAP realizados e informados, según resultados y grupos de edad (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 2 años

Definiciones conceptuales:

Programa de Cáncer de Mama; mujeres con mamografía vigente en los últimos 2 años:

Corresponde al número de mujeres con mamografía realizada e informada en los últimos dos 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 2 años, actualmente en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) se garantiza una mamografía en mujeres de 50 a 59 años. no obstante el Programa de imágenes diagnósticas de APS financia una mamografía a mujeres de 50 a 69 años y de otras edades con factores de riesgo para cáncer de mamas. Por lo cual, 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:

Corresponde registrar el número de mujeres con mamografía vigente en los últimos 2 años, según grupo etario.

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 el Servicio de Salud es responsable de revisar la información antes de ser enviada 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) en los últimos 3 años, 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:

Corresponde registrar el número de mujeres con examen físico de mama vigente en los últimos 3 años, según grupo etario.

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.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección E: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: Población con Examen VPH vigente.

Definiciones conceptuales:

Mujeres con VPH vigente (en los últimos 5 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 VPH en los últimos 5 años, examen focalizado en mujeres de 30 a 64 años. La toma del test de VPH está inserta dentro de las actividades de atención de la mujer. Cada Servicio de Salud debe disponer del denominador de su población para obtener el dato de cobertura semestral.

TRANS Masculino con VPH vigente (en los últimos 5 años): Corresponde a TRANS Masculino que, manteniendo órganos de mujer, han realizado los trámites necesarios en el Servicio de Registro Civil e de Identificación y cambian su sexo registral a hombre.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas entre 30 y 64 años, distribuidos por grupos quinquenales, con VPH vigente informado en los últimos 5 años, a la fecha del corte. Registrar en la columna de Mujeres u hombres según corresponda. Entendiendo que la columna "TRANS Masculino" son las personas que manteniendo estructura biológica de mujer, ha realizado los trámites necesarios en el Servicio de Registro Civil y su Identificación sea "hombre".

Cada establecimiento debiera obtener el dato Citoexpert, respetando la fecha de corte (30 de junio y 31 de diciembre). La profesional Matrona (ón) encargada del programa de Cáncer Cervicouterino del centro de atención primaria es responsable de revisar la información antes de ser enviada al Servicio de Salud.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia.

Sección F: Programa De Cáncer De Cuello Uterino: resultados de VPH, realizados en el sistema público, según grupos de edad (realizados en La Red Pública).

Definiciones conceptuales:

Esta sección detalla la distribución de resultados de VPH (no mujeres) informadas en el semestre, realizados en el sistema público según resultados: VPH (-), VPH 16 (+) VPH 18 (+), VPH AR (+) y grupos de edad a la fecha del corte.

La Información es administrada por los Cito-laboratorios y laboratorios de Biología Molecular del hospital de referencia de dicho servicio de salud que procesan el Examen de VPH. Estos son los que deben informar estos registros en el establecimiento donde funcionan, a través de Citoexpert, REVICAN o desarrollo informático con información disponible.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el total resultado de VPH informados según grupo etario, en la red pública.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia.

Sección F.1: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: resultados de VPH, realizado en el extrasistema según grupos de edad (examen realizado en extrasistema).

Definiciones conceptuales:

Corresponde al registro del resultado de VPH 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.

Esta sección detalla la distribución de resultados de VPH informadas en el semestre, realizados en el extrasistema según resultados: VPH (-), VPH 16 (+) VPH 18 (+), VPH AR (+) y grupos de edad a la fecha del corte.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el total resultado de VPH informados según grupo etario en el extrasistema.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

REM-P13. Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes con vulneración de derechos y/o infracción a la ley bajo la protección del estado en atención.

Sección A: Niños, Niñas, Adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o Infracción a la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente en control de salud en APS al corte.

Sección B: Variables de seguimiento a población del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez y SENAME en control de salud en APS al corte.

Definiciones Conceptuales y Operacionales REM-P13

Sección A: Niños, Niñas, Adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o Infracción a la Ley 20.084 de responsabilidad Penal Adolescente en control de salud en APS al corte.

Definición conceptual:

Corresponde a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de programas ambulatorios y de cuidado alternativo residencial del Servicio de Protección Especializada (SPE) y adolescentes y jóvenes en medio privativo de libertad en Centros de Internación Provisoria (CIP), Centros de Régimen Cerrado (CRC) o con cumplimiento de sanciones o medidas en medio libre de SENAME.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, a la fecha de corte (30 de junio o 31 diciembre) según sexo, en la celda que indica si pertenece a un programa ambulatorio o de cuidado alternativo residencial del Servicio de Protección Especializada (SPE) y adolescentes y jóvenes en medio privativo de libertad en Centros de Internación (CIP), Centro de Régimen Cerrado (CRC) o con cumplimiento de sanciones o medidas en medio libre de SENAME.

Ambulatorio: Se deberá registrar el número de niños, niñas adolescentes que se encuentran al cuidado del estado participando en programas ambulatorios correspondiente a oferta programática del Servicio de protección Especializada Mejor Niñez. El niño, niña o adolescente recibe atención por parte de un programa hasta que se resuelve su situación de protección.

Sanción medio libre: Se deberá registrar el número de adolescentes y jóvenes que se encuentran en conflicto con la Ley 20.084 de Responsabilidad penal Adolescente, cumpliendo una sanción o medida en el sistema medio libre (servicio en beneficio de la comunidad, libertad asistida, libertad asistida especial, programa de salud alternativas y medidas cautelares alternativas). El adolescente o joven permanecerá vinculado a este programa y este dispositivo hasta el cumplimiento de su sanción o medida.

Centro de Cuidado Alternativo Residencial (Residenciales): Se debe registrar el número de NNAJ que se encuentran viviendo en una residencia, bajo el sistema de cuidado alternativo residencial de la red de protección SENAME, sin importar si la residencia es de administración directa o es administrada por algún organismo colaborador acreditado (OCA). La residencia se encuentra ubicada en el territorio del establecimiento de APS, con la cual debieran estar vinculados. Diferenciar el número total según sexo.

CIP-CRC: Se debe registrar el número de adolescentes y jóvenes que se encuentran al cuidado del Estado bajo la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente en un Centro de Internación Provisoria (CIP), un Centro de Régimen Cerrado (CRC) o Centro Semi-Cerrado (CSC). El adolescente o joven permanecerá vinculado a estos centros hasta dar cumplimiento de su sanción o medida. Diferenciar el número total según sexo.

Regla de consistencia:

R.1: Se informan todos los NNAJ bajo control al corte.

R.2: Se debe consignar la información desglosada por sexo.

Sección B: Variables de seguimiento a población del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez y SENAME en control de salud en APS al corte.

Definición conceptual:

Las variables de seguimiento son las condiciones específicas de la población vinculada al programas del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez y SENAME, las cuales se han seleccionado para recopilar sistemáticamente información y con ello, facilitar a los equipos de salud, realizar seguimiento a las acciones sanitarias enmarcadas en el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario, y generar estrategias que aseguren la continuidad del cuidado a lo largo del curso de vida.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de NNAJ que pertenecen a la variable de seguimiento a la fecha de corte (30 de junio o 31 diciembre), según sexo y tramo de edad.

En la Población en control según método de regulación de fertilidad, se debe consignar a los/as adolescentes y/o jóvenes que se encuentran en 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.

En las Gestantes en control con riesgo biopsicosocial: se debe registrar aquellas gestantes que pertenecen a algún programa del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez o de SENAME y 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.

En la Población infantil en control se anota a los niños y niñas menores de 9 años 11 meses 29 días que pertenecen a algún programa del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez o SENAME y que, a la fecha del corte, se encuentran bajo control en el establecimiento de APS y que han sido evaluados según su estado nutricional de acuerdo a la norma vigente y los indicadores de 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).

En Población en control de salud integral de adolescentes según áreas de riesgo, se registra a la población de adolescentes vinculados a programas del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez o SENAME de 10 años hasta 19 años 11 meses 29 días que se encuentran bajo control en establecimientos de atención primaria y que han sido evaluados a través del control de salud integral con detección de riesgos en las áreas de salud sexual y reproductiva, ideación suicida (corresponde al último mes), intento suicida (considera los últimos 3 meses), consumo de alcohol y drogas, nutricional y otros riesgos.

En la Población en control de salud mental, se consigna a los niños, niñas, adolescentes y/jóvenes que pertenecen a algún programa del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez o SENAME y se encuentran 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 y que poseen 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.

En la Población en Programa de Acompañamiento Psicosocial se consigna a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a programas del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez o SENAME que ingresan a este programa y reciben la canasta de prestaciones para asegurar su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental; con acciones específicas centradas en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo, en el contexto del Modelo de Atención de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

Regla de consistencia:

R.1: Se informan todos los NNAJ bajo control al corte.

R.2: Un niño, niña, adolescente y joven puede ser informado en esa sección, y a la vez formar parte de la población bajo control de otros programas del establecimiento de APS, incluyendo acompañamiento psicosocial, programa de salud mental, programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial u otros.