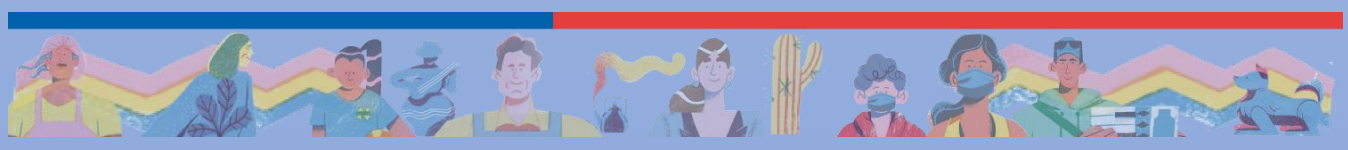
MINISTERIO DE SALUD – GOBIERNO DE CHILE

Manual Series REM 2023-2024

Departamento de Estadísticas e Información de Salud



INDICE

INTRODUCCIÓN 13
SOBRE LA ESTRUCTURA DEL REM Y CÓMO USAR EL MANUAL 14
GENERALIDADES SOBRE REGISTRO REM 15
Registro de Series REM en los distintos tipos de Establecimientos y/o Estrategias de Salud 15
Información para Registrar en Establecimiento Dirección del Servicio (010). 16
Información para registrar en Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS) 16
Información para registrar en Clínica Dental Móvil. 16
Información para registrar en Centro de Salud funcionarios 17
Información para registrar de Atenciones de Profesionales y/o Equipos Profesionales Móviles. 17
Información Para Registrar en las secciones que considere "Otros Profesionales Capacitados" 17
Información para Registrar en Compra Servicios. 17
Información para Registrar en Estrategias Comunales. 17
Información para Registrar en Aplicación de Instrumentos Evaluativo en otra Actividad. 18
Información para Registrar de Niños, Niñas y Adolescentes SENAME: 18
Información para Registrar de Niños, Niñas y Adolescentes Programa de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (SPE ex Mejor Niñez) 18
Información para Registrar de Pueblos Indígenas u Originarios en Chile 18
Información para Registrar de Migrantes: 19
REM A01: CONTROLES DE SALUD 21
Sección A: Controles de salud sexual y reproductiva 22
Sección B: Controles de Salud según Ciclo Vital 25
Sección C: Controles según problema de salud 26
Sección D: Control de salud integral de adolescentes (Incluidos en Sección B) 27
Sección E: Controles de salud en establecimiento educacional 28
Sección F: Controles Integrales de personas con condiciones crónicas. 29
REM A02: EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MAYORES DE 15 AÑOS 31
Sección A: EMP realizado por profesional 32
Sección B: EMP según resultado del Estado Nutricional 33
Sección C: Resultados de EMP según estado de salud 33
Sección D: Resultados de EMP según estado de salud (exámenes de laboratorio) 34
REM A03: APLICACIÓN Y RESULTADO DE ESCALAS DE EVALUACIÓN 35
Sección A: Aplicación de Instrumentos y Resultados en el niño/a 37
Sección A.1: Aplicación y Resultados de Pauta Breve: 37
Sección A.2: Resultados de la aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor 38
Sección A.3: Niños y niñas con Rezago, Déficit u otra vulnerabilidad derivados a alguna modalidad de estimulación en la primera evaluación 41
Sección A.4: Resultados de la aplicación de Protocolo Neurosensorial 43
Sección A.5: Lactancia Materna en niños y niñas controlados 44
Sección A.6: Resultado radiografía de cadera 46
Sección B: Evaluación, aplicación y resultados de Escalas en la Mujer 47
Sección B.1: Evaluación del Estado Nutricional a Mujeres Controladas al octavo mes post parto 47

Sección B.2: Aplicación de escala según Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada a gestantes 48
Sección B.3: Aplicación de Escala de Edimburgo a gestantes y mujeres post parto 49
Sección C: Resultados de la evaluación del Estado Nutricional del adolescente con control de Salud Integral 50
Sección D: Otras evaluaciones, aplicaciones y resultados de escalas 51
Sección D.1: Aplicación de Tamizaje para evaluar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas 51
Sección D.2: Resultados de la aplicación de Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad (IVADEC-CIF) 54
Sección D.3: Aplicación y resultado de Pauta de Evaluación de Salud Mental 56
Sección D.4: Resultado de Aplicación de Condición de Funcionalidad al Egreso Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" 58
Sección D.5: Variación de Resultados de Aplicación del Índice de Barthel entre el Ingreso y Egreso Hospitalario 59
Sección D.6: Aplicación de Escala Zarit Abreviado en Cuidadores 60
Sección D.7: Aplicación y Resultados de Pauta De Evaluación con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) 62
Sección E: Aplicación de Pauta Detección de Factores de Riesgo Psicosocial Infantil 63
Sección F: Tamizaje Trastorno Espectro Autista (MCHAT-RF) 64
Sección G: Aplicación Escala MRS en mujeres en edad de climaterio 66
Sección H: Aplicación de Tamizaje para evaluar riesgo de trastornos o problemas de Salud Mental en APS 67
Sección I: Aplicación y resultado de Pauta de Evaluación Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS 69
Sección J: Atenciones realizadas por profesionales, en el proceso de evaluación Integral de daño (PRAIS) 70
REM A04: CONSULTAS Y OTRAS ATENCIONES EN LA RED 73
Sección A: Consultas Médicas 74
Sección B: Consultas de profesionales no médicos 76
Sección C: Consultas Anticoncepción de Emergencia 78
Sección D: Consultas en horario continuado 78
Sección E: Consulta Abreviada 79
Sección F: Consulta abreviada profesionales no médicos PRAIS 79
Sección G: Atenciones De Medicina Indígena 80
Sección H: Intervención individual del usuario en Programa Elige Vida Sana 80
Sección I: Servicios Farmacéuticos 81
Sección J: Despacho de recetas de pacientes ambulatorios 83
Sección K: Rondas por tipo y profesional 86
Sección L: Clasificación de Consulta Nutricional por grupo de edad 87
Sección M: Consulta de Lactancia Materna en niños y niñas controlados 88
Sección N: Atenciones ambulatorias por el Programa Tuberculosis 90
Sección O: Exámenes bacteriológicos procesados 91
REM A05: INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD 92
Sección A: Ingresos de gestantes a Programa Prenatal. 94

Sección B: Ingresos de Gestantes con patología de Alto Riesgo Obstétrico a la unidad de ARO. *95*
Sección C: Ingresos a Programa de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual *96*
Sección C.1: Egresos de Programa de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual *97*
Sección D: Ingresos a Programa Control de Climaterio *98*
Sección E: Ingresos a Control de Salud de Recién Nacidos *98*
Sección F: Ingresos y egresos a Sala de Estimulación Servicio Itinerante y Atención Domiciliaria. *99*
Sección F.1: Reingresos y egresos por segunda vez a modalidad de estimulación en el centro de salud. *101*
Sección G: Ingreso de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de Baja Complejidad a control de salud en APS *102*
Sección H: Ingresos al Programa de Salud Cardiovascular *102*
Sección I: Egresos del Programa de Salud Cardiovascular *103*
Sección J: Ingresos y egresos al Programa de Pacientes con Dependencia Leve, Moderada y Severa *105*
Sección K: Ingresos al Programa del Adulto Mayor según condición de funcionalidad y dependencia *105*
Sección L: Egresos al Programa del Adulto Mayor según condición de funcionalidad y dependencia *106*
Sección M: Ingresos y egresos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes *107*
Sección N: Ingresos al Programa de Salud Mental en APS /Especialidad. *109*
Sección O: Egresos del Programa de Salud Mental por altas clínicas en APS/Especialidad *116*
Sección P: Programa de Rehabilitación (personas con Trastornos Psiquiátricos). *117*
Sección Q: Ingresos y egresos al Programa Infección por Transmisión Sexual (Uso de establecimientos que realizan atención de ITS) *117*
Sección R: Ingresos y egresos a Programa De VIH/SIDA (Uso exclusivo centros de atención VIH/SIDA) *118*
Sección S: Ingresos y egresos por Comercio Sexual (Uso Exclusivo de Unidades Control Comercio Sexual) *121*
Sección T: Ingresos y egresos Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria *122*
Sección U: Ingresos integrales de personas con condiciones crónicas en Atención Primaria *122*
Sección V: Se bloquean secciones para el registro ..... ***¡Error! Marcador no definido.***
Sección V.1: Se bloquea sección para el registro ..... ***¡Error! Marcador no definido.***
Sección V.2: Se bloquea sección para el registro ..... ***¡Error! Marcador no definido.***
Sección W: Acreditación PRAIS *125*
Sección W.1: Atención para acreditación PRAIS. *125*
Sección W.2: Acreditación PRAIS según Ley, Normativa y calidad de acreditación. *126*
REM A06: PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES *128*
Sección A.1: Controles de Atención Primaria/Especialidades *129*
Sección A.2: Consultorías de Salud Mental en APS. *131*
Sección A.3: Consultorías de Salud Mental, otorgado por el nivel de especialidad *132*
Sección B.1: Actividades Grupales (número de sesiones) *133*
Sección B.2: Programa de Rehabilitación (personas con trastornos psiquiátricos) *133*

Sección B.3: Actividades de Psiquiatría Forense para personas en conflicto con la justicia (en lo Penal, Civil, Familiar, etc.) 134
Sección B.4: Dispositivos de Salud Mental 135
Sección C.1: Actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria 136
Sección C.2: Informes a tribunales 137
Sección D: Planes y evaluaciones Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria. 138
Sección E: Personas con evaluación y confirmación diagnóstica en APS 139
Sección F: Evaluaciones Programa Plan Nacional de Demencia 139
Sección G: Evaluación Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) 140
Sección H: Consulta de Salud Mental por el nivel de especialidad. 141
Sección I: Rescate de pacientes Programa Salud Mental 142
Sección J: Tiempos de espera en Salud Mental de APS. 142
Sección K: Salud Mental en Situaciones de Emergencia o Desastre. 143
REM A07: ATENCIONES DE ESPECIALIDADES 145
Sección A: Atenciones médicas de especialidad. 146
Sección A.1: Atributos de las atenciones de especialidad 147
Sección B: Atenciones médicas por Programas y Policlínicos (Incluidas en Sección A y A.1) 150
Sección C: Consultas y controles por otros profesionales en especialidad (Nivel Secundario). 151
Sección D: Consultas Infección Transmisión Sexual (ITS) y controles de salud sexual en el Nivel Secundario 152
REM A08: ATENCIÓN DE URGENCIAS 153
Sección A: Atenciones realizadas en unidades urgencia de la red. 155
Sección A.1: Atenciones realizadas en Unidades de Emergencia Hospitalaria (Establecimientos de alta y mediana complejidad) 155
Sección A.2: Atenciones de urgencia realizadas en SAPU y SAR. 157
Sección A.3: Atenciones de urgencia realizada en establecimientos de Baja Complejidad. 159
Sección A.4: Atenciones de urgencia realizadas en establecimientos Atención Primaria no SAPU 159
Sección A.5: Consultas en sistema de atención de urgencia en Centros de Salud Rural (SUR) y Postas Rurales 160
Sección B: Categorización de pacientes, previa a la atención médica y odontológica (Establecimientos alta, mediana, baja complejidad, SAR y SAPU) 160
Sección C: Atenciones realizadas por médicos especialistas en las Unidades de Urgencia Hospitalaria 162
Sección D: Pacientes con indicación de hospitalización en espera de camas en UEH (Establecimientos de alta, mediana y baja complejidad) 162
Sección E: Pacientes con indicación de observación en SAR y SAPU 164
Sección F: Pacientes fallecidos en UEH (Establecimientos alta, mediana o baja complejidad, SAR, SAPU y SUR) 165
Sección G: Atenciones médicas asociadas a violencia por grupo etario 166
Sección G.1: Atenciones médicas asociadas a violencia por condición (incluidas en Sección G) 167
Sección H: Atenciones por anticoncepción de emergencia 169

Sección I: Motivos de atención por emergencia obstétrica al Servicio de Urgencia (Establecimientos de alta y mediana complejidad) ... 169
Sección J: Llamados de urgencia a Centro Regulador ... 170
Sección K: Intervenciones Pre Hospitalarias (SAMU) ... 171
Sección L: Traslados primarios a unidades de Urgencia (desde el lugar del evento a Unidad de Emergencia) ... 172
Sección M: Traslado secundario (desde un establecimiento a otro) ... 173
Sección N: Clasificación de las intervenciones por grandes grupos diagnósticos (SAMU) ... 174
Sección O: Atenciones en urgencia por violencia sexual ... 175
Sección P: Atenciones médicas por violencia sexual con realización o indicación de peritaje. 176
Sección Q: Atenciones de urgencia asociadas a lesiones autoinfligidas ... 177
Sección R: Atenciones en Servicio de Urgencia asociados a mordedura ... 177
REM A09: ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA RED ASISTENCIAL ... 179
Sección A: Consultas y controles odontológicos realizados en APS ... 181
Sección B: Actividades de odontología general realizados en Nivel Primario y Secundario de Salud. ... 182
Sección C: Ingresos y egresos en APS. ... 185
Sección D: Interconsultas generadas en establecimientos APS. ... 188
Sección E: Consultas odontológicas en horario continuado (incluidas en Secciones A y B. Excluye extensiones horarias de Sección G) ... 189
Sección F: Actividades de atención en Especialidades Odontológicas. ... 190
Sección F.1: Actividades de Imagenología Oral y Maxilofacial. ... 197
Sección G: Programas especiales y GES (Actividades incluidas en Sección B) ... 198
Sección G.1: Programa Sembrando Sonrisas ... 201
Sección H: Sedación y anestesia ... 203
Sección I: Consultas, ingresos y egresos en especialidades odontológicas realizados en Nivel Primario y Secundario de Salud. ... 204
Sección J: Actividades efectuadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienistas Dentales ... 207
Sección K: Consultorías de especialidades odontológicas. ... 208
REM A11: EXÁMENES DE PESQUISA DE ENFERMEDADES ... 209
Sección A: Exámenes de Sífilis ... 212
Sección A.1: Exámenes de VDRL por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorios que procesan) ... 212
Sección A.2: Exámenes de VDRL por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicios) ... 214
Sección A.3: Examen RPR por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorio que procesan) ... 215
Sección A.4: Examen RPR por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicio) ... 216
Sección A.5: Examen MHA-TP por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorio que procesan) ... 217
Sección A.6: Examen MHA-TP por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicio) ... 218
Sección B.1: Exámenes según grupo de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 y Sífilis (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorios que procesan). 219

Sección B.2: Exámenes según grupo de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 y Sífilis (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicio) 220
Sección C.1: Exámenes de VIH por grupos de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorios que procesan) 222
Sección C.2 Exámenes de VIH por grupos de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicios) 225
Sección D: Exámenes de Gonorrea por grupos de usuarios 226
Sección E: Exámenes de Chlamydia Trachomatis por grupos de usuarios 227
Sección F: Exámenes de VIH por técnica visual/rápida y grupos de usuarios (Exclusivo establecimientos no laboratorios) 228
Sección G: Screening Enfermedad de Chagas para embarazadas, puérperas y mujeres en edad fértil. 229
Sección H: Diagnóstico transmisión vertical madre hijo/a con Enfermedad de Chagas 231
Seccion I: Tratamientos Farmacológicos 232
Seccion J: Donantes confirmados Enfermedad de Chagas 233
Sección K: Seguimiento de casos 234
REM A11a: TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL 235
Sección A: Tratamiento de Sífilis en gestantes 236
Sección B: Niños y niñas expuestos a la Sífilis tratados al nacer 237
Sección C: Abortos y defunciones fetales atribuidas a Sífilis según edad gestacional 238
Sección D: Aplicación de profilaxis ocular para Gonorrea en recién nacidos 239
Sección E: Mujeres VIH que reciben Protocolo Prevención Transmisión Vertical al parto (PTV) 240
Sección F: Recién nacidos expuestos el VIH que reciben Protocolo de Transmisión Vertical. 242
Sección G: Recién nacidos expuestos el vi que recibe leche maternizada al alta. 243
Sección H: Gestantes estudiadas para Estreptococcus Grupo B (EGB) 244
Sección I: Gestantes evaluadas para Hepatitis B 245
Sección J: Profilaxis de Transmisión Vertical aplicada al recién nacido, hijo de madre Hepatitis B Positiva 246
Seccion K: Seguimiento de niños y niñas al año de vida 247
REM A19a: ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD 248
Sección A. Consejerías 249
Sección A.1: Consejerías individuales 249
Sección A.2: Consejerías individuales por VIH (No incluidas en Sección A.1) 251
Sección A.3: Consejerías familiares 252
Sección A.4: Consejerías individuales con entrega de preservativos 252
Sección B. Actividades de promoción 253
Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes 253
Sección B.2: Talleres grupales de vida sana, según tipo, por espacios de acción 255
Sección B.3: Actividades de gestión según tipo, por espacio de acción 256
Sección B.4: Talleres grupales según temática y número de participantes en Programa Espacios Amigables. 257
Sección C: Trabajo con agrupaciones de usuarios, comunidad y derechos humanos (PRAIS) 258
Sección D: Trabajo intersectorial PRAIS. 259
REM A19b: ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL 260

Sección A: Atención oficinas de informaciones (Sistema Integral de atención a usuarios) *261*
Sección B: Actividades por estrategia/línea de acción o espacio/instancia de Participación Social *271*
REM A21: QUIRÓFANOS Y OTROS RECURSOS HOSPITALARIOS *278*
Sección A: Capacidad instalada y utilización de los quirófanos *279*
Sección B: Procedimientos Complejos Ambulatorios *283*
Sección C: Hospitalización Domiciliaria *284*
Sección C.1: Personas atendidas en el Programa *284*
Sección C.2: Visitas Realizadas *286*
Sección C.3: Cupos disponibles en Unidad de Hospitalización Domiciliaria *287*
Sección C.4: Asistencia ventilatoria y oxígeno en domicilio *288*
Sección C.5 Ingresos y egresos al Programa *289*
Sección D: Apoyo Psicosocial en niños, niñas y adolescentes hospitalizados *290*
Sección E: Gestión de procesos de pacientes quirúrgicos con cirugía electiva *292*
Sección F: Causa de suspensión de cirugías electivas *294*
Sección G: Esterilizaciones Quirúrgicas *297*
REM A23: SALA IRA-ERA Y MIXTAS EN APS *298*
Sección A: Ingresos agudos según diagnóstico derivados a sala *299*
Sección B: Ingreso crónico según diagnóstico (sólo médico) *300*
Sección C: Egresos *301*
Sección D: Consultas de morbilidad por Enfermedades Respiratorias en Salas IRA-ERA y Mixta *302*
Sección E: Controles realizados (Crónicos) *303*
Sección F: Seguimiento de atenciones realizadas en agudos *303*
Sección G: Inasistentes a control de crónicos *304*
Sección H: Inasistentes a citación agendada *304*
Sección I: Procedimientos realizados *305*
Sección J: Derivación de pacientes según destino *306*
Sección K: Recepción de pacientes según origen *306*
Sección L: Hospitalización Abreviada / Intervención en crisis respiratoria *307*
Sección M: Educación en salas. *307*
Sección M.1: Educación individual en sala *307*
Sección M.2: Educación grupal (agendada y programada) *309*
Sección N: Visitas domiciliarias y seguimiento realizados por equipo IRA-ERA *310*
Sección O: Rehabilitación Pulmonar y Actividad Física *311*
Sección P: Rehabilitación Pulmonar Post COVID *311*
Sección Q: Aplicación de Encuesta Calidad de Vida *312*
REM A24: ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL RECIÉN NACIDO *313*
Sección A: Información general de partos *314*
Sección A.1: Partos vaginales *317*
Sección A.2: Cesáreas (responsabilidad del Médico Jefe del Servicio de Obstetricia). *319*
Sección A.3: Complicaciones *321*
Sección B: Interrupción voluntaria del embarazo *322*
Sección C: Método anticonceptivo al alta *324*
Sección D: Información de recién nacidos *325*

Sección D.1. Información general de recién nacidos vivos 325
Sección D.2. Atención inmediata del recién nacido 326
Sección D.3. Nacidos Fallecidos 327
Sección E: Egresos de maternidad según lactancia materna exclusiva 328
Sección F: Consulta de lactancia materna en Servicios Gineco-Obstétricos 329
Sección G: Talleres grupales de lactancia materna 330
Sección H: Tamizajes del recién nacido 331
Sección H.1: Tamizaje metabólico 331
Sección H.2: Tamizaje Auditivo 332
Sección H.3: Tamizaje cardiopatías congénitas 333
REM A25: SERVICIOS DE SANGRE 334
Sección A.1: Población donante (CS-UMT-BS) 337
Sección A.2: Tipo de donantes con contraindicación 338
Sección A.3: Reacciones adversas a la donación (CS-UMT-BS) 339
Sección B: Ingreso unidades de sangre a producción (CS-BS) 341
Sección C: Producción de componentes sanguíneos (CS-BS) 342
Sección C.1: Componentes sanguíneos eliminados (CS-BS) 343
Sección C.2: Componentes sanguíneos eliminados o devueltos al Centro de Sangre (UMT) ... 344
Sección C.3: Componentes sanguíneos transformaciones (CS–BS-UMT) 345
Sección C.4: Componentes sanguíneos distribuibles (CS) 346
Sección C.5: Insatisfacción óptimo (stock óptimo) (7 Días) CS 347
Sección C.6: Insatisfacción Stock Crítico (3 días) UMT 347
Sección D: Componentes sanguíneos distribuidos (CS) o transferidos (BS y UMT) 348
Sección D.1: Transfusiones (UMT - BS) 349
Sección E: Demanda glóbulos rojos para transfusión (UMT - BS) 350
Sección F: Reacciones adversas por acto transfusional (UMT-BS) 351
Sección G: Inmunohematología 353
Sección G.1: Clasificación sanguínea ABO-RhD (CS-BS-UMT) 353
Sección G.2: Detección de anticuerpos irregulares (CS-BS-UMT) 354
Sección G.3: Identificación de anticuerpos irregulares (CS-BS-UMT) 354
Sección G.4: Pruebas cruzadas eritrocitarias (BS - UMT) 356
Sección G.5: Fenotipo eritrocitario (CS-BS-UMT) 356
Sección G.6: Prueba de antiglobulina directa en pacientes (BS-UMT) 357
Sección H: Aféresis (UMT-BS-CS) 358
Sección H.1: Aféresis de donación (UMT-BS-CS) 358
Sección H.2: Aféresis terapéutica (UMT-BS) 359
REM A26: ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y EN OTROS ESPACIOS 360
Sección A: Visitas domiciliarias integrales a familias (Establecimientos APS) 361
Sección A.1: Visitas domiciliarias integrales a personas con dependencia severa y sus cuidadores 363
Sección A.2: Ingresos, egresos y traslados al Programa de Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa 364
Sección B: Otras visitas integrales 365
Sección C: Visitas con fines tratamientos y/o procedimientos en domicilio a personas con dependencia. 366

Sección D: Rescate de pacientes insistentes 368
Sección E: Otras visitas Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria 369
Sección F: Visita a establecimiento educacional Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) en Atención Primaria 370
Sección G: Consultas y controles de especialidad resueltas por visitas domiciliarias 370
REM A27: EDUCACIÓN PARA LA SALUD 371
Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad 372
Sección B: Actividades de educación para la salud, según personal que las realiza (sesiones) 375
Sección C: Educación grupal a gestantes de alto riesgo obstétrico (Nivel Secundario) 375
Sección D: Talleres Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" 376
Sección E: Talleres Programa Elige Vida Sana 377
Sección F: Intervenciones por patrón de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas 378
Sección G: Personas que ingresan a talleres para padres del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) 380
Sección H: Organizaciones sociales de la red del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes 381
Sección I: Servicios de la red del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes 382
Sección J: Talleres grupales de Lactancia Materna en Atención Primaria 383
Sección K: Intervenciones posterior al Tamizaje de Salud Mental 384
Sección L: Actividades de educación para la salud, según personal que las realiza (sesiones) (PRAIS) 385
Sección M: Educación para Programa de Salud Cardiovascular 386
REM A28: REHABILITACIÓN INTEGRAL 387
Sección A: Atenciones de Rehabilitación Nivel Primario 389
Sección A.1: Ingresos y egresos a atenciones de Rehabilitación en el Nivel Primario 389
Sección A.2: Ingreso por condición de salud 392
Sección A.3: Evaluación inicial 395
Sección A.4: Evaluación intermedia 396
Sección A.5: Sesiones de Rehabilitación 397
Sección A.6: Procedimientos y actividades 398
Sección A.7: Consejería individual agendada 400
Sección A.8: Consejería familiar agendada 401
Sección A.9: Intervenciones terapéuticas grupales 401
Sección A.10: Personas que logran participación en comunidad 402
Sección A.11: Actividades y participación 403
Sección B: Nivel Hospitalario 405
Sección B.1: Ingresos y egresos a Rehabilitación Integral 405
Sección B.2: Evaluación inicial 409
Sección B.3: Evaluación intermedia 410
Sección B.4: Sesiones de rehabilitación 411
Sección B.5: Derivaciones y continuidad en los cuidados 412
Sección B.6: Procedimientos y actividades 413
Sección C: Ayudas técnicas de salud, Nivel APS y Hospitalario 416
Sección C.1: Número de personas que reciben ayudas técnicas 416

Sección C.2: Número de ayudas técnicas entregadas por tipo 417
Sección C.3: Ayudas técnicas por condición de salud 419
REM A29: PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y/O RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA 421
Sección A: Programa de Resolutividad Atención Primaria de Salud 422
Sección B: Procedimientos de Imágenes Diagnósticas y Programa de Resolutividad en APS 425
Sección C: Procedimientos de apoyo clínico y terapéutico 427
Sección D: Entrega de ayudas técnicas 427
Sección E: Intervenciones quirúrgicas menores que se realizan en UAPO 428
Sección F: Fondos de ojo control Diabetes Mellitus. 429
Sección G: Actividades de rehabilitación en UAPORRINO 430
Sección H: Canasta integral dermatología 430
Sección I: Canasta integral en climaterio. 431
REM A30: ATENCIONES POR TELEMEDICINA EN LA RED ASISTENCIAL 432
Sección A: Teleinterconsulta de especialidad (atención realizada de médico a médico) 433
Sección B: Teleinterconsulta médica en establecimientos de Atención Secundaria de Urgencia (Atención médico a médico). 435
Sección C: Teleinformes en establecimientos de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria 437
Sección D: Teleinterconsulta odontológica 438
Sección E: Teleprocedimientos en Atención Secundaria y Terciaria 440
Sección F: Telecomité de especialidad 441
Sección G: Teleinterconsulta medicina abreviada 441
REM A30AR: ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN DE SALUD A DISTANCIA (HOSPITAL DIGITAL) 442
Sección A: Atenciones por Telemedicina de especialidad médica. 444
Sección A.1: Teleinterconsulta de especialidad médica por Hospital Digital. 444
Sección A.2: Teleconsulta de especialidad médica por Hospital Digital 445
Sección B: Teleinformes en establecimientos de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria. 446
Sección C: Teleinterconsulta de especialidades odontológicas por Hospital Digital. 448
Sección D: Atenciones de Telemedicina realizadas por otros profesionales. 449
Sección D.1: Teleinterconsulta otros profesionales de la salud realizada por Hospital Digital. 449
Sección D.2: Teleconsulta otros profesionales de la salud realizada por Hospital Digital 451
Sección E: Teleconsultas en estrategias de medicina general 452
Sección F: Estrategias Salud Mental 453
Sección F.1: Estrategia Salud Mental población general 453
Sección F.2: Estrategia Salud Mental funcionarios de la salud 454
Sección F.3: Alta Programa de Acompañamiento en Salud Mental por Telemedicina a población general (PASMET) 455
Sección F.4: Alta Programa de Acompañamiento en Salud Mental por Telemedicina a funcionarios (PASMET) 455
Sección G: Telecomité 456
Sección H: Orientación telefónica en salud 457
REM A31: MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y PRÁCTICAS DE BIENESTAR DE LA SALUD 458
Sección A: Tipos de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud, entregadas en atención individual. 459

Sección B: Medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud en atenciones individuales o grupales, según profesional 462
Sección C: Origen de la atención con medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud 463
Sección D: Tipos de medicinas complementarias y prácticas de bienestar de la salud entregadas en atención grupal y comunitaria 464
Sección E: Acciones remotas de medicinas complementarias y prácticas de bienestar en salud 464
REM A32: ACTIVIDADES ATENCIÓN DE SALUD REMOTA 465
Sección A: Seguimiento en Atención Primaria de Salud por llamada telefónica o videollamada 467
Sección B: Consulta abreviada mediante telesalud 468
Sección C: Consulta médica en Atención Primaria de Salud por llamada telefónica o videollamadas. 469
Sección D: Atenciones telefónicas en consultas y controles 470
Sección D.1: Atenciones remotas médicas en especialidad 470
Sección D.2: Atenciones remotas consultas y controles por otros profesionales en especialidad (Nivel Secundario) 472
Sección E: Atención Odontológica. 472
Sección E.1: Atención Odontológica Nivel Primario 473
Sección E.2: Atención Odontológica establecimientos hospitalarios de baja, mediana y alta complejidad 474
Sección F: Acciones de Salud Mental remotas 475
Sección F.1: Acciones remotas de Salud Mental (APS y especialidad). 476
Sección F.2: Controles de Salud Mental remotos (APS y especialidad) 478
Sección G: Acciones de seguimiento remoto en el Programa de Salud Cardiovascular en APS. 480
Sección H: Actividades de acompañamiento remoto a personas mayores y sus familias por parte del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes 481
Sección I: Seguimiento de salud infantil remoto 482
Sección J: Atención Remota Adolescente 483
Sección K: Atenciones remotas en Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIS) en APS. 485
Sección L: Educación grupal remota según áreas temáticas y edad 487
Sección M: Actividades Programa Elige Vida Sana por llamada telefónica 489
Sección N: Actividades Programa Elige Vida Sana por redes sociales 489
Sección P: Apoyo telefónico del Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS. 490
Sección Q: Teleconsulta medicina abreviada 491
REM A33: CUIDADOS PALIATIVOS NIVEL APS Y ESPECIALIDADES 492
Sección A: Nivel Primario 493
Sección A.1: Ingresos por diagnóstico y egreso por causales 493
Sección A.2: Actividades Nivel Primario 495
Sección B: Nivel Especialidad 497
Sección B.1: Ingresos por diagnóstico y egreso por causales 497
Sección B.2: Actividades Nivel Especialidad 499
Sección C: Capacitaciones de equipos (intra y entre equipos) 501

Seccion D: Telecomités 501
Sección E: Requerimiento de derivación y/o Atención de Urgencia 502
REM –B: RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL 504
REM B17 PRESTACIONES INSTITUCIONALES Y ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO 510
Secciones de exámenes o procedimientos 512
Secciones de intervenciones quirúrgicas 512
Sección Q: Actividades en Unidad de Farmacia Hospitalaria. 514
Sección R: Otros traslados de pacientes. 514
Sección S: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) 515
REM BM18-ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO 518
Secciones A, B y C: Exámenes de diagnóstico, procedimientos de apoyo clínico y terapéutico e intervenciones quirúrgicas menores. 519
Sección D: Intervenciones quirúrgicas menores por edad. 520
Sección E: Misceláneos 520
Sección F: Prescripciones administradas en urgencia APS. 522
Sección G: Otras atenciones a pacientes ambulatorios. 522
Sección H: Otros traslados de pacientes 523
Sección I: Exámenes pesquisa Covid-19 523
Sección J: Exámenes test rápidos Covid-19 523
BM-18ª: LIBRO PRESTACIONES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO 524
Sección A: Exámenes de diagnóstico y de imagenología 525
Sección B: Procedimientos Apoyo Clínico y Terapéutico 525
Generales 526
REM D-15 PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC) 530
Sección A: Cantidad distribuida (Kg) a personas intrasistema 531
Sección B: PNAC- Número de personas intrasistema que retiran 532
Sección C: Cantidad distribuida (Kg) a personas extrasistema. 534
Sección D: Número de personas extrasistema que retiran 534
Sección E: Existencia y movimiento total de productos 535
REM-D.16: PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM) 537
Sección A: PACAM- Cantidad distribuida (Kg) 538
Sección B: PACAM- Número de personas que retiran 539
Sección C: Existencia y movimiento de productos 540
Sección D: PACAM- Número de personas que retiran, pertenecientes al PRAIS (Incluidos en Sección B) 541

INTRODUCCIÓN

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

Los REM 2023 son el resultado de la división de trabajo y procesos de mejora de los registros necesarios para construir las estadísticas de salud que el sector necesita. Para este período se ha hecho un gran esfuerzo, para adecuar y actualizar este instrumento a las necesidades de información más importantes para el sector. Lo anterior, considerando que este mecanismo de recolección es antiguo y no da abasto a los múltiples y diversos requerimientos que el quehacer de los establecimientos, MINSAL u otros sectores requieren.

Sin duda los REM siempre serán perfectibles, sin embargo, es importante destacar las áreas de mejora e innovación en que se trabajaron simultáneamente, esperan avanzar en un Registro Estadístico Electrónico Nominal para mejorar la calidad y oportunidad de la información en el período:

- Se realizó un proceso sistemático y ampliado de levantamiento de requerimientos de información desde todas las áreas técnicas que han hecho uso de este instrumento, dentro del MINSAL.

- Se modificó el manual de apoyo al registro de datos de los REM, precisando las definiciones conceptuales, acoplando las recomendaciones operativas a los procesos de trabajo e incorporando reglas explícitas de validación de datos.

Queremos agradecer a los profesionales referentes técnicos pertenecientes a las diferentes Subsecretarías, Divisiones y Departamentos de Salud Pública y Redes Asistenciales, así como referentes de los Servicios de Salud y representantes del Nivel Primario (APS) de todo el país.

SOBRE LA ESTRUCTURA DEL REM Y CÓMO USAR EL MANUAL

El presente Manual de Instrucciones de los Resúmenes Estadísticos Mensuales, correspondiente al año 2023, está conformado por las series, que corresponden a las planillas, en el siguiente orden de distribución:

- Serie A
- Serie BS
- Serie BM
- Serie D

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

- **Definiciones conceptuales:** Corresponde a la definición del dato, a lo que representa su significado. En ediciones siguientes, estas definiciones estarán contenidas, en la forma de un estándar de datos, en la Norma N° 820.

- **Definiciones operacionales**: Corresponde a la forma de registrar el dato, en relación con el 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.

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

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

Se establece que el Manual, es un instrumento de **apoyo estadístico para los equipos**, en ese contexto la revisión y avance deben insertarse en un proceso de mejoramiento continuo. Esto exige, generar una bitácora con sugerencias, las que serán revisadas y sistematizadas en un espacio de tiempo definido. Estamos convencidos que esta modalidad orienta mejor la satisfacción de las necesidades de los usuarios del manual. Les agradecemos enviar sus sugerencias al correo electrónico rem@minsal.cl

GENERALIDADES SOBRE REGISTRO REM

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

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

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

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

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

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

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

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

Información para Registrar en Establecimiento Dirección del Servicio (010).

Aun cuando la Dirección del Servicio de Salud no es un establecimiento que otorga atención de Salud, existen estrategias que se asocian y financiadas por este, como es el caso:

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

Para este código se informa:

- **SERIE A:** Para efectos de estadísticas de producción.
- **SERIE BS:** Para efectos de producción y facturación.

Para los efectos de las Serie A y BS, los registros de producción que deben ser informadas corresponde a:

- Cualquier dispositivo de atención que NO se encuentre funcionando en las instalaciones de un establecimiento de salud oficial y que dependa técnica y/o administrativamente de la Dirección del Servicio de Salud.
- Cualquier dispositivo de atención que tenga convenio con la Dirección del Servicio de Salud como: Hogares Protegidos Psiquiátricos, Residencias Protegidas, entre otros, también Centros Reguladores SAMU u OIRS, que dependen técnica y administrativamente de la DSS
- La información de Consultas de Especialistas contratados por la DSS para apoyo de la red (GES Y NO GES), Equipos de Salud Mental que apoyan ciertas localidades de la red, Equipos de Participación Social que hacen actividades en localidades, Equipos de Rehabilitación Física Móvil.
- Para efectos de la Serie BS, la información de producción que debe ser informada corresponde a: Toda actividad y/o dispositivos que sean financiados directamente por la Dirección del Servicio de Salud y que son ejecutadas en un establecimiento de salud.

Información para registrar en Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS)

Se debe informar la estadística en Serie A en los centros de salud que cuenten con atención exclusiva a usuarios PRAIS. Por lo que para cumplir con el principio estadístico que se registra donde se realiza la atención y con el propósito de identificar la demanda de atención para este grupo priorizado, por lo cual corresponde la asignación de código estadístico por cada centro de atención.

Las nuevas secciones de REM 2023 (A03, A05, A19a y A27) asociadas a PRAIS, son de uso exclusivo de los Dispositivos PRAIS (según su código DEIS) para el registro de esas atenciones.

Información para registrar en Clínica Dental Móvil.

Como estrategia de salud, las Clínicas Dentales Móviles reportan información en la Serie A y dependiendo de su dependencia administrativa en el BS o BM.

Información para registrar en Centro de Salud funcionarios

Para aquellas Direcciones de Servicios de Salud que poseen Centros de Salud para sus funcionarios y que ejecutan sus acciones independientes de un establecimiento de Salud. Deben registrar solo las atenciones otorgadas en esa Unidad. Corresponde llenar la Serie A e incorporar sus actividades en la BS de la Dirección Servicio de Salud.

Información para registrar de Atenciones de Profesionales y/o Equipos Profesionales Móviles.

Las actividades ejecutadas por estos profesionales o equipos, con dependencia técnica y/o administrativa de las Direcciones del Servicio, deben ser informadas en los lugares donde se prestan las atenciones o sea en los establecimientos de salud donde se encuentran inscritos sus beneficiarios.

Si estas acciones se ejecutan en domicilios, sedes comunitarias, entre otros, éstas deben ser registradas en el establecimiento más cercano, pues las actividades necesariamente deben haber sido coordinadas con anterioridad con los equipos de salud locales a los que pertenece la población atendida. Para efectos de registro en la Serie BS deben realizarlo en la Dirección de Servicios.

Información Para Registrar en las secciones que considere "Otros Profesionales Capacitados"

Se considera otros profesionales capacitados a aquellos que cuentan con capacitación formal o acreditada en el tema de la sección respectiva.

Información para Registrar en Compra Servicios.

Corresponde a aquellas actividades en las cuales el establecimiento adquiere servicios a establecimientos públicos o privados.

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

Información para Registrar en Venta de Servicios:

Corresponde a aquellas actividades realizadas por establecimientos públicos de salud a otros establecimientos de la Red Asistencial, ya sea establecimientos de Atención Primaria u otros Servicios de Salud, debe ser informado en Serie REM B en la columna "Ventas de Servicios", el número total de prestaciones vendidas.

Las actividades ejecutadas por venta de servicios NO forman parte de la producción propia de los establecimientos.

Importante: El establecimiento que debe consignar la producción es quien realiza la actividad, no el que realiza la compra.

Información para Registrar en Estrategias Comunales.

Para el caso de Estrategias Comunales existentes, tales como: laboratorio comunal, UAPO, UAPORRINO, Laboratorio Dental Comunal, Centros de Rehabilitación no adosados a Establecimientos de Salud y que atienden a toda la comuna y que no tienen código DEIS. Deberán remitir la información a cada establecimiento a la cual pertenecen los usuarios atendidos.

Información para Registrar en Atenciones de SAPUDENT

Con la finalidad de evitar duplicidad en los datos la información de SAPUDENT debe registrarse en REM 09 de su SAPU de origen y ser excluida de información de establecimiento madre.

Información para Registrar en Aplicación de Instrumentos Evaluativo en otra Actividad.

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

Cuando se realiza una aplicación de EMP en una Consulta de morbilidad, se debe consolidar para registros REM, las consultas de morbilidad y los EMP realizados en forma separada.

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
1	Mapuche
2	Aymara
3	Rapa Nui O Pascuense
4	Lickanantay
5	Quechua
6	Colla

Pueblo Indígena Codigo	Pueblo Indígena Glosa
7	Diaguita
8	Kawésqar
9	Yagán
10	Otro (Especificar)
11	Chango

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.

REM 2023
SERIE A

REM A01: CONTROLES DE SALUD

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

Excepcionalmente ante algún estado de catástrofe, estos controles presenciales pueden ser realizados en domicilio u otro lugar dispuesto por el equipo de salud, siempre que se cumplan los criterios de calidad, y se homologuen las prestaciones realizadas en los centros de APS.

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

Secciones REM A01

- **Sección A:** Controles de salud sexual y reproductiva.
- **Sección B:** Controles de salud según ciclo vital.
- **Sección C:** Controles según problema de salud.
- **Sección D:** Control de salud integral de adolescentes (incluidas e sección B).
- **Sección E:** Controles de salud en establecimientos educacionales.
- **Sección E.1:** Controles Individuales.
- **Sección E.2:** Controles Grupales.
- **Sección F:** Controles integrales de personas con condiciones crónicas (incluidas en secciones B y C).

Definiciones conceptuales, operacionales y reglas de consistencia Secciones Rem A01

Sección A: Controles de salud sexual y reproductiva

Definiciones conceptuales

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

Estos controles de salud sexual y reproductiva incluyen:

- Control Preconcepcional: Es la atención integral proporcionada otorgada a una mujer, un hombre o pareja, para iniciar o posponer una gestación, de acuerdo a sus factores de riesgos presentes antes del proceso gestacional.
- Control Prenatal: Es la atención periódica y preventiva, con enfoque biopsicosocial que se otorga a la gestante.
- Control Post Parto: Corresponde a la atención con enfoque de riesgo que se otorga a la mujer hasta el sexto mes post parto, con el fin de detectar factores de riesgo biopsicosocial
- Post Aborto: Corresponde a la atención con enfoque de riesgo que se otorga a la mujer posterior a un aborto, con el fin de detectar factores de riesgo biopsicosocial.
- Control de Puérpera y Recién Nacido hasta 10 días de vida: Es la atención proporcionada a la madre y a su hijo(a) dentro de los 10 primeros días de vida del RN efectuado por Médico o Matrón(a) en establecimientos APS, en el cual se evalúa el estado de salud de ambos, la lactancia materna que recibe el o la lactante hasta antes de cumplir los 11 días de vida cronológicos, las condiciones familiares para la evolución de la maternidad–paternidad, el apoyo para el cuidado de la madre y del niño o niña, y el ajuste inicial entre la madre y el niño o niña.
- Control de puérpera y recién nacido entre 11 y 28 días: Corresponde al mismo tipo de control realizado al binomio madre e hijo, pero pasado los 10 primeros días de vida del menor. **Este control se efectúa sólo en el caso de que NO haya sido posible realizar la evaluación en el transcurso de los 10 primeros días de vida del recién nacido**, ya sea por problemas de salud de la madre o el hijo(a), de lejanía u otras causas (no atribuibles al centro de salud correspondiente). Es la atención proporcionada a la madre y a su hijo(a) en este periodo, por Médico o Matrón(a) en establecimientos con nivel primario de atención, en el cual se evalúa la fórmula láctea que recibe el o la lactante durante los 11 y 28 días de vida cronológicos.
- Control recién nacido hasta 10 días de vida: Es la atención proporcionada que se otorga sólo al recién nacido (RN) en el transcurso de los 10 primeros días de vida efectuado por Médico o Matrón(a) en establecimientos de Atención Primaria en el cual se evalúa el estado de salud (RN asiste sin su madre, con otro cuidador principal). Esto ocurre en casos de madre hospitalizada o recién nacido institucionalizado).

- Control recién nacido entre 11y 28 días de vida: Es la atención proporcionada que se otorga sólo al recién nacido (RN). Este control se efectúa sólo en el caso de que NO haya sido posible realizar la evaluación en el transcurso de los 10 primeros días de vida del recién nacido, ya sea por problemas de salud, lejanía u otras causas (no atribuibles al centro de salud correspondiente). (RN asiste sin su madre, con otro cuidador principal). Esto ocurre en casos de madre hospitalizada o recién nacido institucionalizado).
- Control Ginecológico: Atención de salud ginecológica integral, proporcionada a la población femenina a lo largo de su ciclo vital a desde los 10 años, con el objeto de fomentar y proteger la salud integral de la mujer.
- Control del Climaterio: Es la atención sistemática otorgada a la población femenina de 45 a 64 años, cuyo objeto es prevenir y detectar precozmente las patologías más frecuentes en este período del ciclo vital de la mujer identificadas a través de pauta MRS, mejorando su calidad de vida previo al periodo de la menopausia.
- Control de Regulación de Fecundidad: Es la atención integral otorgada en forma oportuna y confidencial a la mujer en edad fértil y/o a hombres que deseen utilizar un método de regulación de fecundidad.

Definiciones operacionales:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reglas de consistencia

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

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

R.3: Los usuarios declarados en las columnas Y a la AC, deben ser igual o menor al total declarado en la columna C

R.4: El dato declarado en las atenciones de "control de salud de puérpera con RN menor de 10 días" o "control de salud de puérpera con RN entre los 11 y 28 días de vida", debe reflejarse en lo declarado en el REM A05, sección E, no pudiendo ser este número menor a la suma de ambos controles de salud "control de salud de puérpera con recién nacido menor de 10 días" o "control de salud de puérpera con recién nacido entre los 11 y 28 días de vida

Sección B: Controles de Salud según Ciclo Vital

Definiciones conceptuales:

Control de salud: Corresponde a las atenciones realizadas a los individuos desde el primer mes de vida hasta los 80 años y más, en forma periódica, integral y de carácter preventiva, con el objeto de, vigilar el normal crecimiento y desarrollo desde la etapa infantil (en el caso del control sano del niño o niña), como también pesquisar los riesgos físicos y sociales presentes durante todo el ciclo vital, que afectan la salud y bienestar de las personas, entregando acciones de fomento y protección de la salud, para mejorar la calidad de vida de éstos.

Definiciones operacionales:

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

En el caso de las atenciones realizadas con presencias del padre en menores de 4 años con presencia del padre, no olvidar registrar en las columnas definidas para este fin.

Los controles de salud vital que se deben registrar en Técnico en Enfermería corresponderán sólo a los que se realizan en zonas rurales o aisladas, en las que no puede ser efectuado por un profesional de la salud.

Reglas de consistencias:

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

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

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

Sección C: Controles según problema de salud

Definiciones conceptuales:

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

- Tipo de control de Salud Cardiovascular: Corresponde a la atención multidisciplinaria de tratamiento otorgada en forma periódica, a personas con factores de riesgo cardiovascular y/o enfermedades cardiovasculares diagnosticadas (Diabetes mellitus 2, Hipertensión Arterial, dislipidemia, Enfermedad Renal crónica, antecedentes de ACV y/o IAM, y tabaquismo)
- Tipo de control "Seguimiento de Autovalente con Riesgo" y "Seguimiento Riesgo Dependencia": Se entiende como aquella atención entregada por profesionales del equipo de atención primaria a personas clasificadas como Autovalente con Riesgo o En Riesgo de Dependencia con el objetivo de realizar el seguimiento del Plan de Atención definido en el EMPAM.

- Tipo de control de Infección de Transmisión Sexual: Corresponde a la atención de seguimiento y tratamiento, otorgada en forma sistemática y periódica al paciente diagnosticado con alguna ITS.
- Tipo de control otros problemas de salud: Es la atención periódica otorgada a usuarios que presentan enfermedades crónicas no cardiovasculares (Epilepsia, enfermedades crónicas respiratorias, u otras), previamente diagnosticadas y con tratamiento establecido, con fines de control y seguimiento.
- Tipo de control Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales: Se denomina a los niños, niñas y adolescentes con "necesidades especiales de atención" (NANEAS), aquellos que por su condición actual de salud requieren un número mayor de tiempo de duración en la atención, mayor frecuencia de los controles y un fuerte componente de apoyo a la familia y vinculación de las redes de apoyo y recursos comunitarios locales[1].

Definiciones operacionales:

Se registra el número de controles efectuados, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, por el funcionario que realiza la actividad y por el tipo de control diferenciado por problema de salud; Cardiovascular, Seguimiento Autovalente con Riesgo, Seguimiento Riesgo Dependencia, de Infección de Transmisión Sexual y otros problemas de salud y Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales (NANEAS).

Regla de consistencia:

R.1: El total declarado en la columna de "ambos sexos" puede ser igual o mayor a la cantidad declarada en las columnas Pueblos Originarios y Migrantes.

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

Sección D: Control de salud integral de adolescentes (Incluidos en Sección B)

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la atención de salud integral de adolescentes, que permite evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, fomentando precozmente los factores y conductas protectoras e identificando tempranamente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud, con objeto de intervenir en forma oportuna e integral, a través de la herramienta aplicada de la ficha CLAP.

Estas acciones de salud pueden ser realizadas en diferentes lugares tanto dentro, como fuera del establecimiento de Atención Primaria de Salud, como:

- Lugar de control Espacio Amigable**:** Se refiere a espacios físicos agradables, atractivos y cercanos a los/las adolescentes, con características que aseguren su accesibilidad, en cuanto a horarios diferidos de atención, tiempos de espera, gratuidad, respetando la cultura, la diversidad y sin discriminación, facilitando además la participación de adolescentes y su empoderamiento. Con profesionales que tengan competencias para la atención de esta población.
- Lugar de control en otros espacios del establecimiento de salud: Corresponde a las actividades realizadas dentro del establecimiento de salud, que no están calificados como espacio amigable.
- Lugar de control en establecimientos educacionales: Corresponde a las actividades de aplicación de ficha CLAP realizadas en los propios establecimientos educacionales.
- Lugar de control en otros lugares fuera del establecimiento de salud: Corresponde a las actividades realizadas fuera del establecimiento de salud, pero que no corresponden a establecimientos educacionales (espacios comunitarios).

Definiciones operacionales:

En esta sección se registran todos los controles realizados a adolescentes en grupos de edad 10 a 14 años y de 15 a 19 años. Se deben desagregar según sexo, pueblos originarios, migrantes, NNA Mejor Niñez, NNA SENAME y lugares donde se efectúa la atención.

Reglas de consistencia:

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

R.2: Esta indicación sólo rige para la sección A y no para registro de población bajo control (P9).

R.3: El total declarado en la columna de "ambos sexos" puede ser igual o mayor a la cantidad declarada en las columnas Pueblos Originarios y Migrantes.

Sección E: Controles de salud en establecimiento educacional

Definiciones conceptuales:

Controles de salud individuales: Corresponde a las atenciones realizadas en establecimientos escolares en forma individual.

Controles de salud grupales: corresponde a la atención en salud realizada a niños o niñas de manera grupal. "se considera grupal cuando se realiza con más de dos niños o niñas".

Definiciones operacionales:

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

Este control puede ser efectuado de manera individual o grupal, dependiendo de la coordinación local.

Reglas de consistencia:

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

R.2: Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de red SENAME y Mejor Niñez, deben ser menores o iguales al total.

Sección F: Controles Integrales de personas con condiciones crónicas.

Definiciones conceptuales:

Multimorbilidad: Según la Organización Mundial de la Salud, se define como la coexistencia de 2 o más condiciones crónicas en una misma persona, incluidas: enfermedades no transmisibles de larga duración, tal como enfermedad cardiovascular o cáncer; condición mental de larga duración, tal como trastorno del ánimo o demencia y/o enfermedad infecciosa de larga duración, como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Hepatitis C.

Estratificación de riesgo: Se refiere a definir niveles de atención de las personas, en función de sus necesidades de uso de los servicios asistenciales, identificando así diferentes tipos de requerimientos e intervenciones en cada grupo con el fin de manejar mejor su condición crónica y evitar ingresos hospitalarios y/o demandas de urgencias.

Para definir la estratificación, se adopta el conteo simple de patologías ponderado, considerando la información de diagnóstico disponible en los registros clínicos electrónicos.

A partir del modelo poblacional de estratificación de condiciones crónicas (pirámide de Káiser) se identifican cuatro segmentos o estratos:

- ***Nivel 0 (G0):*** personas sanas con o sin factores de riesgo (sin cronicidad), o sin identificación de condiciones crónicas, la principal estrategia a realizar son actividades preventivas y de promoción de la salud.
- ***Riesgo Leve (G1):*** presencia de una condición crónica. Personas en bajo riesgo, con condiciones en estados incipientes. Principal estrategia es el apoyo para su automanejo, atención y control de procesos clínicos según protocolo en atención primaria, promueve la responsabilidad del paciente y familiar en el cuidado.
- ***Riesgo Moderado (G2):*** presencia de Multimorbilidad (2-4 condiciones crónicas ponderadas). Alto riesgo, pero menor complejidad. Principal estrategia es la gestión de su condición de cronicidad, combinando cuidados profesionales con apoyo al automanejo.
- ***Riesgo Alto (G3):*** personas con situación de cronicidad compleja y mayor carga de fragilidad. Multimorbilidad con 5 o más condiciones crónicas ponderadas. Prioridad es la gestión integral del caso con cuidados profesionales fundamentalmente, utilizando un enfoque de manejo de casos dirigido a la prevención de complicaciones, coordinación y atención conjunta de áreas de salud y social.

En esta sesión se registra el control otorgado bajo el modelo de atención integral con enfoque en la Multimorbilidad, que reciben las personas con 1 o más condiciones crónicas y, cuyas categorías de riesgo incluyen desde G1 al G3, por sexo y grupos de edad.

Estas personas están en algunos de los programas de salud (PSCV u otros), por los controles de la Sección F están contenidos en las Sección B y C.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar todos los controles integrales realizados a personas de 15 años y más con riesgo leve (G1), riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3), según tramo de edad y sexo, especificando en qué nivel de estratificación se encuentra la persona.

Asimismo, corresponde registrar el número de personas de 15 años y más con riesgo leve (G1), riesgo moderado (G2) y alto (G3), según tramo de edad y sexo, que hayan recibido seguimiento a distancia (llamado telefónico o monitoreo remoto con equipamiento ad hoc).

Considerando que para la implementación de la estrategia y su consolidación deberá ocurrir una transición desde la lógica programática a la centrada en la persona, que no será inmediata, deberá efectuarse, además, de este registro, el registro de controles y actividades definidas por programa, según corresponda.

Se debe desagregar además por Migrantes y Pueblos Originarios.

Reglas de consistencia:

R.1: El registro de Migrantes y Pueblos Originarios debe ser menor o igual al total.

R.2: Los controles registrados en esta sección según corresponda deben ser incluidos en el REM A01 secciones B y C, en el REM A06 sección A.1 y en el REM A23 sección F.

REM A02: EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MAYORES DE 15 AÑOS

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

SECCIONES DEL REM-A02

- **Sección A:** EMP realizado por profesional.
- **Sección B:** EMP según resultado del estado nutricional.
- **Sección C:** Resultados de EMP según estado de salud.
- **Sección D:** Resultados de EMP según estado de salud (exámenes de laboratorio).

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS DE LAS SECCIONES DEL REM-A02

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

Sección A: EMP realizado por profesional

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la aplicación de acciones de salud garantizadas (Guía Clínica AUGE) en el Sistema Público, periódicas cada 3 años para los menores de 65 años, y/o anual (si es solicitado por el usuario y para todas las personas mayores de 65 años) de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital.

En el caso del Técnico en Enfermería, solo podrá realizar el EMP en zonas rurales, en las cuales NO se disponga profesional de la salud para este fin.

Definiciones operacionales:

Se registrarán los EMP, según sexo de los pacientes atendidos, desagregados por profesional que efectúa la actividad.

El registro corresponde a EMP efectuado, es decir, que en el examen se haya evaluado al paciente, clasificado por estado nutricional, aplicado escalas y solicitando exámenes, independiente de los resultados de éstos.

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

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de EMP realizados y diferenciado por sexo debe ser consistente con el número total CRAFF para personas de entre 15 a 19 años y al número total de AUDIT para mayores de 20 años, los cuales se registran en REM A.03, sección D.1.

R.2: En un control de salud cardiovascular, no se debe realizar el EMP, solo se realizan las prestaciones de salud no incluidas en ese control.

R.3: En un control de salud de alguna otra condición de salud, sí se puede realizar EMP y corresponde registrar ambas prestaciones.

R.4: El registro de Migrantes y Pueblos Originarios debe ser menor o igual al total Ambos Sexos.

Sección B: EMP según resultado del Estado Nutricional

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

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

R.2: La suma de EMP realizados a las personas de 15 a 19 años, debe ser igual al número de controles de salud integral adolescente de 15 a 19 años, informados en el REM A01, sección D.

R.3: El registro de Migrantes y Pueblos Originarios debe ser menor o igual al total Ambos Sexos.

Sección C: Resultados de EMP según estado de salud

Definiciones conceptuales:

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

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

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

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

R.2: El registro de Migrantes y Pueblos Originarios debe ser menor o igual al total Ambos Sexos.

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

Definiciones conceptuales:

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

Estado de salud Glicemia Alterada: Corresponde a las personas que presentan una Glicemia en ayuno mayor a 100mg/dl, según el examen de laboratorio realizado.

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

Definiciones operacionales:

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

Reglas de consistencia:

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

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

REM A03: APLICACIÓN Y RESULTADO DE ESCALAS DE EVALUACIÓN

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

SECCIONES DEL REM-A03

- **Sección A:** Aplicación de instrumento y resultado en el niño/a.
- **Sección A.1:** Aplicación y resultados de Pauta Breve.
- **Sección A.2:** Resultados de la aplicación de Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor.
- **Sección A.3:** Niños y niñas con rezago, déficit u otra vulnerabilidad derivados a alguna modalidad de estimulación en la primera evaluación.
- **Sección A.4:** Resultados de la Aplicación de Protocolo Neurosensorial.
- **Sección A.5:** Lactancia en niños y niñas controlados.
- **Sección A.6:** Resultados Radiografía de pelvis (cadera).
- **Sección B:** Evaluación, aplicación y resultados de escalas en la mujer.
- **Sección B.1:** Evaluación del estado nutricional a mujeres controladas al octavo mes post parto.
- **Sección B.2:** Aplicación de Escala según Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada a gestantes.
- **Sección B.3:** Aplicación de Escala de Edimburgo a gestantes y mujeres post parto.
- **Sección C:** Resultados de la evaluación del estado nutricional del adolescente con control salud integral.
- **Sección D:** Otras evaluaciones, aplicaciones y resultados de escalas en todas las edades.
- **Sección D.1:** Aplicación de Tamizaje para evaluar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- **Sección D.2:** Resultados de la aplicación de Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad (IVADEC-CIF).
- **Sección D.3:** Aplicación y resultado de pauta de evaluación y salud mental.
- **Sección D.4:** Resultado de aplicación de condición de funcionalidad al egreso Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"
- **Sección D.5:** Variación de resultado de aplicación del Índice de Barthel entre el ingreso y egreso hospitalario.
- **Sección D.6:** Aplicación de Escala ZARIT abreviado en cuidadores.

- **Sección D.7:** Aplicación y resultados de Pauta de Evaluación con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO).
- **Sección E:** Aplicación de pauta de detección de factores de riesgo psicosocial infantil.
- **Sección F:** Tamizaje trastorno espectro autista (MCHAT-RF)
- **Sección G:** Aplicación Escala MRS en mujeres en edad de Climaterio.

  Sección H: Aplicación de Tamizaje para evaluar riesgo de trastornos o problemas de salud mental en APS.
- **Sección I:** Aplicación y resultado de pauta evaluación programa Acompañamiento Psicosocial en APS.
- **Sección J:** Evaluación integral de daño (5 a 6 sesiones) PRAIS

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS DE LAS SECCIONES DEL REM A03

Sección A: Aplicación de Instrumentos y Resultados en el niño/a

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

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

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

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

Definiciones conceptuales:

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

Primera Evaluación: Corresponde a las evaluaciones masivas del desarrollo psicomotor realizadas en grupos de edad priorizados, todos los niños y las niñas que reciben controles de salud a los 8 meses, 18 meses y 3 años de edad. El resultado de las evaluaciones se clasifica en Normal, Normal con Rezago, Riesgo y Retraso:

- Normal: Puntaje global se encuentra dentro del puntaje esperado para la edad (EEDP: Puntaje T y TEPSI Coeficiente de Desarrollo) y el puntaje en cada subtest o área evaluada también se encuentran en la zona "Normal".
- Normal Con Rezago: Puntaje global se encuentra dentro del puntaje esperado para la edad, pero el puntaje en alguno de los subtest o áreas evaluadas se encuentran en la zona de "déficit" o "riesgo o retraso", según el test.
- Riesgo: Puntaje global se encuentra dentro zona "Riesgo".
- Retraso: Puntaje global se encuentra dentro zona "Retraso".

Reevaluación*:* Corresponde a la aplicación de Test de Desarrollo Psicomotor realizada a niños y niñas, que fueron detectados con rezago o déficit en su desarrollo psicomotor en una primera evaluación, y que recibieron tratamiento según la Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud y las Orientaciones Técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil.

El principal objetivo de este registro es medir la eficacia de las acciones de recuperación. El resultado de las reevaluaciones se clasifica en las siguientes categorías:

- Normal (desde Normal con Rezago): Corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que al ser realizada la reevaluación obtuvieron puntaje necesario para categorizar como coeficiente de Desarrollo normal y provenían de la primera evaluación como resultado normal con rezago.
- Normal (desde Riesgo): Corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación fueron identificados con Riesgo en su DSM y que al culminar un plan de tratamiento y ser reevaluados, obtienen un puntaje global como "Normal".
- Normal (desde Retraso): Corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación fueron identificados con Retraso en su DSM y que al culminar un plan de tratamiento y ser reevaluados, obtienen un puntaje global como "Normal".
- Normal con Rezago (desde riesgo): Corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación fueron identificados con Riesgo en su DSM y que, al ser reevaluados, obtienen un puntaje total "Normal" pero presentan un área en déficit.

- Normal con Rezago (desde retraso): Corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación fueron identificados con Retraso en su DSM y que, al ser reevaluados, obtienen un puntaje total "Normal" pero presentan un área en déficit.
- Riesgo (desde Retraso): Corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación fueron identificados con Retraso en su DSM y que al culminar un plan de tratamiento y ser reevaluados, obtienen un puntaje global como "riesgo", lo que se considera éxito terapéutico y avance en el desarrollo y evaluación psicométrica (avance en una desviación estándar en aplicación de test), lo que necesita reingresar a sala de estimulación a nuevo tratamiento.
- Normal con Rezago (desde Normal con Rezago): Corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación fueron clasificados como Normal con Rezago en su DSM y que al culminar un plan de tratamiento y ser reevaluados, obtienen la misma clasificación.
- Riesgo (desde Riesgo): Corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación fueron clasificados como Riesgo en su DSM y que al culminar un plan de tratamiento y ser reevaluados, obtienen la misma clasificación.
- Riesgo (desde Normal con Rezago): Corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación fueron clasificados como Normal con Rezago en su DSM y que al culminar un plan de tratamiento y ser reevaluados, obtienen la clasificación de RIESGO en su DSM.
- Retraso (desde Retraso): Corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación fueron clasificados como Retraso en su DSM y que al culminar un plan de tratamiento y ser reevaluados, obtienen la misma clasificación.
- Retraso (desde Riesgo): Corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación fueron clasificados como Riesgo en su DSM y que al culminar un plan de tratamiento y ser reevaluados, obtienen la clasificación de RETRASO en su DSM.
- Retraso (desde Normal con Rezago): Corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación fueron clasificados como Normal con Rezago en su DSM y que al culminar un plan de tratamiento y ser reevaluados, obtienen la clasificación de RETRASO en su DSM.

Derivados a especialidad: Considera aquellos niños y niñas que después de la primera evaluación requieren derivación directa por médico a especialista.

También se incluye a los niños y las niñas que, en la reevaluación, son detectados en Riesgo y Retraso, y siguen sin recuperarse después de realizada la intervención planificada, se deben diferenciar en riesgo y retraso.

No deben considerarse como niños recuperados de sus diagnósticos.

Traslado de establecimiento: Corresponde al cambio del paciente desde un establecimiento de salud a otro, dentro de la red. Se debe diferenciar el resultado de los pacientes que se trasladan.

Definiciones operacionales:

- Primera Evaluación: Se registran los resultados de las aplicaciones de EEDP o TEPSI obtenidos en la primera aplicación de la escala y que puede resultar en las categorías de Normal, Normal con Rezago, Riesgo y Retraso. Esto además se divide por edad, sexo y Migrantes.
- Reevaluación: Se registran los resultados obtenidos en una segunda aplicación de control realizada a niños y niñas, que fueron detectados con rezago o déficit en su desarrollo psicomotor en una primera evaluación, y que recibieron tratamiento según la Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0-9 años en la Atención Primaria de Salud y las Orientaciones Técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, y que puede resultar en las categorías de Normal (desde normal con Rezago), Normal (desde riesgo), Normal (desde retraso), Normal con Rezago (desde riesgo), Normal con Rezago (desde retraso), Riesgo (desde retraso), Normal con rezago (desde normal con rezago), RIESGO (desde riesgo), RIESGO (desde normal con rezago), RETRASO (desde retraso), RETRASO (desde riesgo), RETRASO (desde normal con rezago), además de separarlos por edad, sexo y registrar Migrantes si los hubiere.
- Derivados a Especialidad: Corresponde al registro de los niños derivados a especialista según sexo y edad que cumplan con los criterios técnicos establecidos a partir de la primera evaluación. Registrar Migrantes si los hubiere.
- Trasladados de establecimiento: Corresponde al registro de niños que, manteniendo su condición de desarrollo psicomotor alterado (Rezago, Riesgo, Retraso) egresan de la población bajo control del centro de origen, declarados según sexo, edad y Migrantes si los hubiere.

Reglas de consistencia:

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

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

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

R.4: El registro de Migrantes y Pueblos Originarios debe ser menor o igual al total Ambos Sexos.

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

Definiciones conceptuales:

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

- Normal con rezago: Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación de EEDP o TEPSI la categoría Normal, pero que en una de las sub áreas de test presenta la categoría de Riesgo o Retraso.
- Riesgo**:** Niños(as) que obtuvieron como resultado de la evaluación de EEDP o TEPSI la categoría Riesgo, es decir que el puntaje total de todas las sub áreas está una desviación estándar bajo el promedio.
- Retraso: Se refiere a los niños(as) que ingresan a sala de estimulación, que obtuvieron como resultado de la evaluación de EEDP o TEPSI la categoría Retraso, es decir que el puntaje total de todas las sub-áreas está dos desviaciones estándar bajo el promedio.
- Otra vulnerabilidad: Se refiere a los niños(as) que ingresan a Modalidad de estimulación, que obtuvieron como resultado de la evaluación de EEDP o TEPSI, o de alguna otra pauta de evaluación la categoría Normal, pero al aplicar la pauta de detección de factores de riesgo psicosocial infantil presenta, vulnerabilidad biopsicosocial, que podría alterar su normal desarrollo.

Definiciones operacionales:

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

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

Reglas de consistencia:

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

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

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

R.4: Los niños y niñas con resultado Normal y que se aplicó pauta de detección de factores de riesgo de psicosocial infantil (A03 Sección E) en control de salud, derivados a alguna modalidad de estimulación registrados en esta sección debe ser mayor o igual a los niños y niñas ingresados a modalidad de estimulación (A05 sección F)

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

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

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

Sección A.5: Lactancia Materna en niños y niñas controlados

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la clasificación del tipo de alimentación, principalmente láctea, que presentan los niños y niñas controlados durante los primeros 24 meses de vida, y que se evalúan en controles específicos en las edades que se describen a continuación:

- Control de la Díada: corresponde al número de niños y niñas controlados que se encuentran con lactancia materna exclusiva en actividades de salud realizadas por un profesional del equipo de salud, desde el alta de la maternidad o la neonatología hasta los 10 días de vida.
- Control del 1° mes: corresponde al número de niños y niñas controlados que se encuentran con lactancia materna exclusiva en actividades de salud realizadas por un profesional del equipo de salud, entre los 16 días y 1 mes con 15 días de vida (o edad corregida en el caso de prematuros).
- Control del 3° mes: corresponde al número de niños y niñas controlados que se encuentran con lactancia materna exclusiva en actividades de salud realizadas por un profesional del equipo de salud, entre los 2 meses y 16 días y 3 meses con 15 días de vida (corregido en prematuros).
- Control del 6° mes: corresponde al número de niños y niñas controlados que se encuentran con lactancia materna exclusiva en actividades de salud realizadas por un profesional del equipo de salud, entre los 5 meses y 16 días y 6 meses con 15 días de vida (corregido en prematuros). Para el buen registro de este indicador, se entenderá como lactancia materna exclusiva si el niño/niña, al momento del control del 6° mes ha recibido sólo leche materna hasta los 6 meses de edad, sin haber iniciado la alimentación sólida ni la introducción de fórmulas lácteas, independiente del tipo de alimentación con la que llegue al control si es mayor a 6 meses.
- Control del 12° mes: corresponde al número de niños y niñas controlados que se encuentran con lactancia materna y alimentación complementaria en actividades de salud realizadas por un profesional del equipo de salud, entre los 11 meses y 16 días y 12 meses con 15 días de vida o corregido en prematuros. Es decir, corresponde a los lactantes que se encuentran con la Lactancia Materna (100%) más la incorporación de alimentación complementaria, excluyendo los que se encuentran con fórmula, independiente de su volumen.
- Control del 24° mes: corresponde al número de niños y niñas controlados que se encuentran con lactancia materna y alimentos sólidos en actividades de salud realizada por un profesional del equipo de salud, entre los 23 meses y 16 días y 24 meses con 15 días de vida o corregido en prematuros. El único indicador que aplica en esta situación es para los lactantes que se encuentran con la Lactancia Materna Exclusiva (100%) más la incorporación de sólidos, excluyendo los que se encuentran con fórmulas en cualquiera de sus porcentajes de volúmenes.
- Lactancia Materna Exclusiva (LME): consiste en la alimentación que recibe el lactante menor de 6 meses únicamente (100%) de leche materna, en donde no se administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

- Lactancia Materna / Fórmula Láctea (LM/FL): consiste en la alimentación que recibe el lactante menor a 6 meses, cuyos volúmenes de lactancia materna y lactancia artificial se distribuyen de distintas formas durante el día. Incluye en este indicador la Lactancia Materna Predominante (entre 50% y 99% de lactancia materna) y Fórmula Láctea (entre un 10% y 49,9% de lactancia materna). No incluye otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua), exceptuando de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.
- Fórmula Láctea (FL): consiste en la alimentación que recibe el lactante menor de 6 meses exclusivamente de fórmula láctea o cuyo porcentaje de lactancia materna sea menor al 10%. No incluye la administración de otros líquidos ni sólidos, exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.
- Lactancia materna más sólidos: consiste en la alimentación que recibe el lactante mayor de 6 meses con ingesta exclusiva de Lactancia Materna (como aporte lácteo) y alimentación complementaria (independientemente que sea almuerzo solamente o almuerzo y cena).
- Lactancia materna/fórmula láctea más sólidos: consiste en la alimentación que recibe el lactante mayor de 6 meses con ingesta de Lactancia Materna y Formula Láctea (en cualquier proporción) complementada con alimentación complementaria (independientemente que sea almuerzo solamente o almuerzo y cena).
- Fórmula láctea más alimentación complementaria: consiste en la alimentación que recibe el lactante mayor de 6 meses con ingesta exclusiva de Formula Láctea (como aporte lácteo) complementada con alimentación complementaria (independientemente que sea almuerzo solamente o almuerzo y cena).

Definiciones operacionales:

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

Reglas de consistencia:

R.1: Niños y niños, en control del 12º y 24º mes con LM más alimentación complementaria, deben ser menor o igual a aquellos registrados en "niños y niñas controlados" de la misma edad.

R.2: Los prematuros deben ser considerados de acuerdo con su edad corregida, de acuerdo con la Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años 2021

Sección A.6: Resultado radiografía de cadera

Definiciones conceptuales:

En el Control de Salud Infantil (CSI) se realizan acciones que buscan detectar precozmente alteraciones a la salud, destaca entre ellos el tamizaje de Displasia de Caderas, realizado a través de radiografía de pelvis (cadera). Dicho examen, se indica en el CSI de los 2 meses, con el propósito de que se realice a los 3 meses de edad cronológica del niño o niña. Esta prestación se realiza habitualmente en establecimientos de salud en convenio con la atención primaria de salud, siendo responsables de tomar e informar la radiografía. Los niños y niñas deben acudir a su CSI de los 3 meses, realizado por profesional médico, para recibir la evaluación del resultado del examen y poder realizar las acciones o derivaciones pertinentes.

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 alteración del cartílago articular, y posteriormente, de músculos, tendones y ligamentos.

Definiciones operacionales:

Se registra el resultado del examen radiografía de pelvis (cadera), informado por el médico responsable de la conclusión diagnóstica, correspondiente a la radiografía de niños y niñas de 3 meses de edad cronológica, o bien, 4 meses de edad cronológica en niños o niñas con examen tardío.

Los posibles resultados a informar son: normal, anormal o inmadura. Estableciendo que las radiografías informadas como anormales inmaduras, caerán en la categoría de inmaduras, reservando el resultado "anormal" para niños y niñas con sospecha de displasia de caderas o similares (displasia del desarrollo de la cadera, enfermedad luxante de cadera, displasia evolutiva de caderas, displasia luxante de caderas leve, moderada y/o severa, subluxación de cadera).

Reglas de consistencia:

R.1: El total de los resultados de las radiografías de caderas debe ser igual a la suma de los tres diagnósticos.

R.2: El registro de Migrantes y Pueblos Originarios, por mes de edad, debe ser menor o igual a la suma de los sexos hombre y mujer, por mes de edad.

Sección B: Evaluación, aplicación y resultados de Escalas en la Mujer

Sección B.1: Evaluación del Estado Nutricional a Mujeres Controladas al octavo mes post parto

Definiciones conceptuales:

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

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

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de mujeres controladas al octavo mes postparto, y clasificadas según estado nutricional, Obesa, Sobrepeso, Normal y Bajo Peso.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.2: Aplicación de escala según Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada a gestantes

Definiciones conceptuales:

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

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

Definiciones operacionales:

Se registra el número total de aplicaciones de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) realizadas a gestantes en el primer control y al tercer trimestre, y se especifica, de dicho total, cuantas presentaron criterio de riesgo y cuantas finalmente fueron derivadas a sus equipos de cabeceras, así como también, cuántas tienen Violencia Intrafamiliar

Regla de consistencia:

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

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

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

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

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

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

Total de casos alterados derivados a salud mental: Se registra el total de las evaluaciones aplicadas en cada control prenatal que presentan puntuación elevada según escala de puntuación observada, y que fueron derivadas al programa de salud mental.

Regla de consistencia:

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

R.2: El total de casos evaluados de gestantes con puntajes alterados declarados en la primera evaluación, deben coincidir con el total de casos incorporados al programa de salud mental.

Sección C: Resultados de la evaluación del Estado Nutricional del adolescente con control de Salud Integral

Definiciones conceptuales:

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

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere reglas de consistencia.

Sección D: Otras evaluaciones, aplicaciones y resultados de escalas

Sección D.1: Aplicación de Tamizaje para evaluar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

Definiciones conceptuales:

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

CRAFFT: Sirve para medir el consumo de alcohol y drogas, dirigido a población adolescente, 10 a 19 años

Puede ser completado por el mismo adolescente durante la entrevista con el profesional o a solas mientras se encuentra en la sala de espera y, luego revisarlo conjuntamente con el profesional, o también puede aplicarlo directamente el profesional.

Lo importante es que la aplicación del instrumento y la devolución de sus resultados permita la conversación en un estilo motivacional. Cabe señalar que desde el 2018, el CRAFFT está incorporado en el procedimiento de garantía y derecho en el examen de medicina preventivo (EPM).

AUDIT: Sirve sólo para medir el consumo de alcohol desde los 20 años.

Este instrumento se aplica en dos partes, primero AUDIT-C (o breve) que se compone de las 3 primeras preguntas del instrumento. Con estos resultados sabremos si el consumo es de BAJO RIESGO o es de RIESGO, sólo en los casos en que el consumo sea de RIESGO se continuará con las siguientes preguntas del AUDIT (Tamizaje completo).

Cabe señalar que el AUDIT está incorporado en el procedimiento por garantía y derecho en el examen de medicina preventivo (EMP). Para la evaluación del patrón de consumo en dicho espacio, el rango de aplicación del instrumento es desde los 15 años en adelante.

ASSIST: Se utiliza para determinar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, desde los 20 años. Este test ha sido validado sólo en población adulta (entre 18 y 60 años de edad), sin embargo, se estima usarlo de modo referencial en mayores de esa edad.

Desde el año 2018, al igual que el AUDIT, se incorporó en el examen de medicina preventivo (EMP), el cuestionario CRAFFT y ASSIST. Para la aplicación del cuestionario en ese espacio, el rango de aplicación del CRAFFT es de 15 a 19 años, y el ASSIST de 20 años en adelante.

Hay que tener en consideración que la evaluación del riesgo con estos instrumentos se debe implementar, además, en las diversas atenciones de salud regulares que se realicen en el establecimiento de salud, como en la comunidad (consultas de control por enfermedades crónicas cardiovasculares, consultas de morbilidad de adolescentes, consultas de control por embarazo, entre otras).

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

Definiciones operacionales:

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

En ASSIST y CRAFFT se debe considerar para efecto de registro, el consumo de la sustancia principal (de mayor puntaje), o en su defecto la que el usuario/a manifieste como un problema a abordar.

Resultado de la evaluación: Patrón de consumo según puntaje arrojado por el instrumento:

<table>
<tr><th colspan="4">CRAFFT</th></tr>
<tr><th colspan="2">10 a 13 años</th><th colspan="2">14 a 19 años</th></tr>
<tr><td>0 puntos</td><td>Bajo Riesgo</td><td>0 puntos</td><td>Bajo riesgo</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1 o más puntos.</td><td rowspan="2">Riesgo alto.
Posible consumo perjudicial o dependencia.</td><td>1 punto.</td><td>Consumo riesgoso intermedio.</td></tr>
<tr><td>2 o más puntos.</td><td>Riesgo alto.
Posible consumo perjudicial o dependencia.</td></tr>
</table>

** En adolescentes en estado de embarazo, cualquier patrón de consumo es considerado de alto riesgo.*

<table>
<tr><th colspan="2">AUDIT</th></tr>
<tr><th colspan="2">20 años y más
AUDIT en EMP:15 años y más</th></tr>
<tr><td>0 a 7 puntos.</td><td>Bajo riesgo.</td></tr>
<tr><td>8 a 15 puntos.</td><td>Consumo riesgoso intermedio.</td></tr>
<tr><td>16 o más puntos.</td><td>Posible consumo perjudicial o dependencia.</td></tr>
</table>

**En mujeres embarazadas, cualquier patrón de consumo es considerado de riesgo.*

**Para evaluación de patrón de consumo con instrumento AUDIT en EMP, se puede aplicar en población desde los 15 años en adelante.*

**En mujeres embarazadas, cualquier patrón de consumo es considerado de riesgo.*

ASSIST	
20 años y más /Alcohol	
0 a 10 puntos.	Bajo riesgo.
11 a 20 puntos.	Consumo riesgoso intermedio.
21 o más puntos.	Posible consumo perjudicial o dependencia.
20 años y más/Tabaco y otras drogas	
0 a 3 puntos.	Bajo riesgo.
4 a 20 puntos.	Consumo riesgoso intermedio.
21 o más puntos.	Posible consumo perjudicial o dependencia.

Reglas de consistencia:

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

R.2: En el número total de AUDIT, ASSIST y CRAFFT aplicados en otras prestaciones regulares de salud no deben estar incluidos los AUDIT, ASSIST y CRAFFT realizados en EMP/EMPAM, ya que son instancias de aplicación distintas y, por tanto, son registros excluyentes.

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

R.4: Sólo se debe registrar un instrumento aplicado por usuario/a y, en consecuencia, sólo un resultado obtenido.

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

Definiciones conceptuales:

El IVADEC – CIF es un Instrumento de Valoración del Desempeño en Comunidad que se compone de un set de preguntas referentes al desempeño en la vida cotidiana que permiten evaluar discapacidad por auto reporte, es decir, las preguntas sólo pueden ser respondidas por la persona en situación de discapacidad o, en su defecto, por un acompañante informado. Puede ser aplicado tanto en APS como en establecimientos de mayor complejidad. Debe ser aplicado por profesionales capacitados en el instrumento.

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

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

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

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

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

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

Evaluación ingreso: IVADEC aplicado al ingreso del usuario.

Evaluación egreso: IVADEC aplicado al egreso del usuario.

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

Los resultados son como sigue:

- El resultado **"sin discapacidad**", corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad sin discapacidad.
- El resultado **"discapacidad leve**", corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad discapacidad leve.
- El resultado **"discapacidad moderada",** corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad discapacidad moderada.

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D.3: Aplicación y resultado de Pauta de Evaluación de Salud Mental

Definiciones conceptuales:

El registro corresponde al resultado de la aplicación de Pauta de Evaluación de Salud Mental o instrumento de monitoreo.

El instrumento de monitoreo sólo se aplica a personas que son ingresadas al Programa de Salud Mental y al egreso del programa.

El objetivo del registro es poder contar con información que permita dar cuenta de los resultados observados al comparar los puntajes de las personas que ingresan a tratamiento por algún problema de salud mental en comparación con el resultado al egreso.

Existen instrumentos o pautas ampliamente utilizadas como instrumentos de monitoreo de resultados, no obstante, son distintos según la edad de la persona. Estos son:

- **PSC:** Para niños y niñas de 5 años hasta 9 años el instrumento a utilizar es el "Cuestionario Pediátrico de Síntomas" (PSC) cuya finalidad es detectar problemas salud mental y monitorizar sus resultados, el registro en esta sección es para monitorizar resultados y está diseñado para ser contestado por los padres de los niños.
- **PSC-Y:** Para adolescentes de 10 años hasta 14 años el instrumento a utilizar es el "Cuestionario Pediátrico de Síntomas para adolescentes" (PSC-Y) (Pediatric Symptom Checklist-Youth Report (PSC-Y)), cuya finalidad es detectar problemas salud mental y monitorizar sus resultados. Está diseñado para ser contestado por los adolescentes.
- **GHQ-12:** El GHQ-12 (General Health Questionaire) es un instrumento con doble propósito, tanto de tamizaje como de monitoreo de resultados de problemas de salud mental. El uso en esta sección es para monitoreo de resultados. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: Depresión, Ansiedad, Inadecuación Social e Hipocondría.
- El instrumento puede ser aplicado en cualquiera de las consultas habituales en APS o auto aplicado por los consultantes en la sala de espera. En este último caso, el consultante entregará el cuestionario respondido al profesional o técnico con quién tiene la hora de consulta o control.
- No Aplica instrumento para niños y niñas de 0 a 4 años.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de evaluaciones al ingreso y al egreso del Programa de Salud Mental, a través de la aplicación de las distintas pautas de evaluación, según resultado obtenido, desagregado por grupo de edad y sexo de las personas a las que se les aplicó algún instrumento de evaluación en el mes del informe.

Según la pauta utilizada, los resultados son registrados de la siguiente manera:

PSC:

- BAJO: Una puntuación entre 33 y 63 puntos.
- MEDIO (Riesgo): Una puntuación entre 64 y 69 puntos.
- ALTO (Riesgo crítico o alto): Una puntuación de 70 puntos o más

PSC-Y:

- BAJO: Una puntuación entre 33 y 63 puntos.
- MEDIO (Riesgo): Una puntuación entre 64 y 69 puntos.
- ALTO (Riesgo crítico o alto): Una puntuación de 70 puntos o más.

GHQ-12:

- BAJO: Una puntuación entre 0 y 4 puntos.
- MEDIO: Una puntuación entre 5 y 6 puntos.
- ALTO: Una puntuación entre 7 y 12 puntos.

No corresponde el registro de resultados de la aplicación de instrumentos con fines de tamizajes de personas que no ingresan o egresan al programa de salud mental.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D.4: Resultado de Aplicación de Condición de Funcionalidad al Egreso Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"

Definiciones conceptuales:

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

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

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

- Mejora: Si obtiene en la aplicación final un tiempo menor a la inicial, que modifica su clasificación de riesgo de caída, ubicándolo en una categoría de menor riesgo de caída.
- Mantiene: Si en la aplicación final del instrumento obtiene un tiempo que lo clasifica en la misma categoría de riesgo que en la aplicación inicial del instrumento.
- Disminuye: Si en la aplicación final del instrumento, obtiene un tiempo mayor a la inicial, que modifica su clasificación de riesgo de caída, categorizándolo en una posición de mayor riesgo que al comienzo.

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

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

Definiciones operacionales:

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

Reglas de consistencia:

R.1: El número de personas evaluadas con Test Timed up and Go y Cuestionario debe ser igual al de Egresos que completan ciclo del REM A 05.

Sección D.5: Variación de Resultados de Aplicación del Índice de Barthel entre el Ingreso y Egreso Hospitalario

Definiciones conceptuales:

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

- Mejora Puntuación Índice de Barthel: Sube 5 puntos o más el IB al comparar la evaluación del egreso con la puntuación del IB basal, utilizando la misma escala.
- Mantiene Puntuación Índice de Barthel: mantiene el mismo puntaje de IB al comparar la evaluación del egreso con la puntuación del IB basal, utilizando la misma escala.
- Disminuye Puntuación Índice de Barthel: disminuye 5 o más puntos en el IB al comparar la evaluación del egreso con la puntuación del IB basal, utilizando la misma escala.

Definiciones operacionales:

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

El resultado que se consigna es la comparación del Índice de Barthel Basal con el del egreso de la hospitalización. Como también el valor basal del índice de Barthel definido como el último puntaje registrado en la ficha clínica o carnet de salud medido antes del cuadro clínico agudo que origino el ingreso hospitalario (Valor basal se puede solicitar al CESFAM, ELEAM, Cuidador).

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D.6: Aplicación de Escala Zarit Abreviado en Cuidadores

Definiciones conceptuales:

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

El objetivo de aplicación de este instrumento es determinar la presencia o ausencia de sobrecarga intensa en cuidador. Debe ser aplicada anualmente.

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

Definiciones operacionales:

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

La lectura del puntaje es la siguiente:

- A mayor puntaje mayor sobrecarga del cuidador
- Se puntúa entre 1 y 5 puntos
- El punto de corte es 17 puntos para determinar si presenta sobrecarga intensa o sin sobrecarga. Cabe destacar que este instrumento no distingue sobrecarga ligera de sin sobrecarga, residiendo su utilidad en determinar sobrecarga intensa

Resultados:

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

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

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

Se registra a los cuidadores evaluados con Escala Zarit Abreviada (EZA) según sexo, pertenencia a pueblo indígena o Migrantes y se específica su resultado con la categorización de sobrecarga en las celdas designadas para esto.

La lectura del puntaje es la siguiente:

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

El punto de corte es 17 puntos para determinar si presenta sobrecarga intensa o sin sobrecarga.

Cabe destacar que este instrumento no distingue sobrecarga ligera de sin sobrecarga, residiendo su utilidad en determinar sobrecarga intensa.

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

Resultados:

Cuidador(a) sin sobrecarga intensa: Cuidador/a, que a la aplicación de la EZA obtienen en la sumatoria del puntaje un número menor a 17 puntos. Total, Cuidadores Evaluados con instrumento

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

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

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

Definiciones conceptuales:

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

- Bajo Riesgo: Corresponde a los niños, niñas y adolescentes que luego de aplicar la pauta, mediante atención presencial o remota en el caso de niños (as), obtienen una categorización correspondiente a bajo riesgo.
- Alto Riesgo: Corresponde a los niños, niñas y adolescentes que luego de aplicar la pauta, mediante atención presencial o remota en el caso de niños (as), obtienen una categorización correspondiente a alto riesgo.
- Total**:** Sumatoria de pautas con bajo y alto riesgo aplicadas.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registra el número total de pautas realizadas con enfoque de riesgo odontológico, independiente de la modalidad de aplicación en el caso de niños (as), categorizadas en alto y bajo riesgo, las cuales se desglosan por edad y sexo de los usuarios evaluados.

El registro debe ser uno por cada persona, por año calendario.

Regla de consistencia:

R.1: El total de pautas aplicadas debe coincidir con el total de registros ceod/COPD del REM A09 sección C en los rangos etarios de 0 a 9 años.

Sección E: Aplicación de Pauta Detección de Factores de Riesgo Psicosocial Infantil

Definiciones Conceptuales:

Evaluación Psicosocial Infantil: Es una pauta de evaluación de factores de riesgos psicosociales que se asocian a malos resultados en desarrollo psicomotor y salud. Ésta debe aplicarse a niños y niñas a partir del 2do mes de vida, con al menos una aplicación anual.

De acuerdo con el resultado de esta evaluación, se deben realizar derivación a las modalidades de estimulación de 0 A 4 años o derivado a salud mental de 5 a 9 años que incluya plan de intervención con énfasis en aspectos preventivos, promocionales y considerando un trabajo con el Equipo de cabecera correspondiente y la red comunal Chile Crece contigo

Definiciones operacionales:

Se registra el número total de aplicaciones de la pauta de detección de factores de riesgos psicosociales infantil realizadas a niños y niñas. También se debe especificar los casos en los cuales se detectó al menos un factor de riesgo psicosocial, y los casos derivados a: Equipos de cabeceras; Modalidad de estimulación de 0 A 4 años y/o Salud mental de 5 a 9 años.

Regla de consistencia:

R.1: El total de evaluaciones no puede ser inferior al total de registro de pautas detectadas con riesgo.

Sección F: Tamizaje Trastorno Espectro Autista (MCHAT-RF)

Definiciones conceptuales:

El Control de Salud Infantil (CSI) corresponde a una prestación de carácter integral, promocional y preventivo, a través del cual se realiza la vigilancia del crecimiento y desarrollo de niños y niñas, como también la pesquisa de factores de riesgo biopsicosociales que afecten su salud, bienestar y calidad de vida. En los Controles de Salud se desarrolla la evaluación del desarrollo a través de evaluaciones clínicas, aplicación pautas de cotejo e instrumentos de estandarizados. Específicamente en el CSI de los 18 meses se aplica la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), el que evalúa 4 áreas (social, lenguaje, motriz y coordinación), en el caso de pesquisar alteraciones de las áreas de lenguaje y/o social, se debe continuar con la aplicación del instrumento M-CHAT-R/F, con el fin de evaluar riesgo de Espectro Autista (EA) en niños y niñas entre los 16 a 30 meses de edad. Este instrumento también puede ser aplicado en otros controles de salud, comprendidos en el rango de meses validado, en caso de que los niños y niñas puedan manifestar factores de riesgo o señales de alerta de Espectro Autista.

El M-CHAT-R/F consta de dos partes, la primera consiste en un Cuestionario de 20 preguntas con respuestas cerradas (SI o NO), según su resultado se debe seguir la siguiente conducta:

- Puntaje entre 0 y 2: riesgo bajo, se debe continuar con controles de salud habitual;
- Puntaje entre 3 y 7: riesgo medio, se debe realizar la segunda parte del M-CHAT-R/F correspondiente a la Entrevista de Seguimiento, si en la entrevista el resultado es entre 0 y 1 DERIVA, se debe seguir con el Control de Salud habitual y continuar la vigilancia y acompañamiento a la trayectoria del desarrollo, mientras que, un resultado mayor o igual a 2 DERIVA, se debe derivar a especialista para evaluación y confirmación diagnóstica.
- Puntaje entre 8 y 20: riesgo alto, se debe derivar a especialista para evaluación y confirmación diagnóstica.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de Escalas de Evaluaciones del Desarrollo Psicomotor (EEDP) con alteración del área de Lenguaje y/o Social, realizado por la profesional enfermera/o en el control de Salud Infantil de los 18 meses, desagregados según sexo de los niños y niñas atendidas, población migrante o pueblos indígenas.

Se registra el número de pesquisas de niños y niñas con sospecha de Espectro Autista (factores de riesgo o señales de alerta), en otros controles o consultas de salud entre los 16 y 30 meses de edad, diferentes al CSI de los 18 meses.

Se registra el resultado de la aplicación de la 1ra (Cuestionario) y 2da parte (Entrevista) del M-CHAT-R/F.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de M-CHAT-R/F 1ra parte (Cuestionario) realizados debe ser igual a la suma de las pesquisas de niños y niñas con EEDP alterado en área lenguaje y social; y pesquisa de niños y niñas con factores de riesgo o señales de alerta.

R.2: El total de M-CHAT-R/F 2da parte (Entrevista) realizados debe ser igual al total del resultado de Riesgo Moderado de la 1ra parte (Cuestionario).

Sección G: Aplicación Escala MRS en mujeres en edad de climaterio

Definiciones conceptuales:

La escala MRS es un instrumento que se aplica a mujeres en edad de climaterio, entre los 45 y 64 años, que se basa en el auto reporte de síntomas, los cuales son reunidos en tres dominios: psicológico, somático y urogenital, aportando una dimensión cuantitativa de síntomas subjetivos con el fin de facilitar la identificación de aquellas mujeres que requieren intervenciones de salud para mejorar su calidad de vida.

Este instrumento se aplica al momento del ingreso a control de climaterio y en controles con el fin de identificar impacto de las intervenciones realizadas. Se reportará por separado los resultados de control según uso o no uso de terapia hormonal de la menopausia.

Definiciones operacionales:

Total aplicaciones: Se registrará el total pautas MRS aplicadas en el período, tanto al momento del ingreso a control de climaterio como en los controles, según lo indicado en Orientación Técnica de Climaterio. El registro de MRS aplicadas como control consideran por separado a aquellas mujeres que usan THM y a aquellas que no usan THM.

Total MRS Alto: Se registrarán a las mujeres que reúnan 15 o más puntos en el puntaje total de la MRS, lo cual se interpreta como calidad de vida comprometida severamente. Este registro deberá realizarse de acuerdo con los resultados de MRS aplicadas tanto al ingreso a control de climaterio como las aplicadas en los controles posteriores. El registro de MRS aplicadas como control consideran por separado a aquellas mujeres que usan THM y a aquellas que no usan THM.

Afectación predominio Somático: Se registrará si, en pauta MRS aplicada, la suma de puntos obtenidos en las preguntas 1 a la 4 iguala o supera los 8 puntos (Umbral que indica afectación de este dominio). Se deberá registrar por separado aquellas MRS aplicadas como control que presentan afectación en este dominio en mujeres que usan THM y en aquellas que no usan THM.

Afectación predominio Psicológico: Se registrará si, en pauta MRS aplicada, la suma de puntos obtenidos en las preguntas 5 a la 8 iguala o supera los 6 puntos (Umbral que indica afectación de este dominio). Se deberá registrar por separado aquellas MRS aplicadas como control que presentan afectación en este dominio en mujeres que usan THM y en aquellas que no usan THM.

Afectación predominio Urogenital: Se registrará si, en pauta MRS aplicada, la suma de puntos obtenidos en las preguntas 9 a la 11 iguala o supera los 3 puntos (Umbral que indica afectación de este dominio). Se deberá registrar por separado aquellas MRS aplicadas como control que presentan afectación en este dominio en mujeres que usan THM y en aquellas que no usan THM.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de aplicaciones debe ser mayor que el Total MRS Alto.

R.2: El total de aplicaciones debería ser igual al total de ingresos a Control de Climaterio registrados en el período.

R.3: La suma del total de las 3 afectaciones según dominio (Suma de somático, psicológico, Urogenital) puede ser mayor a "Total MRS Alto".

Sección H: Aplicación de Tamizaje para evaluar riesgo de trastornos o problemas de Salud Mental en APS

Definiciones conceptuales:

Corresponde a una evaluación breve del estado de salud mental, que se aplica a través de los siguientes instrumentos:

Cuestionario PSC-17: El propósito de este instrumento es evaluar factores de riesgo para su funcionamiento psicosocial y conductas desadaptativas más frecuentes en la escuela y el hogar. En Chile, se aplica en contexto escolar el marco del Programa Habilidades para la Vida (HpV), a través de la aplicación a madres y padres de niños de 1º y 3º básico (de 5 a 9 años).

Cuestionario PSC-Y-17: Este cuestionario es la versión para adolescentes del cuestionario PSC-17. Este instrumento aborda áreas de dificultades emocionales y de comportamiento a través del auto reporte del/la adolescente.

En Chile, es utilizado también por el Programa Habilidades para la Vida II aplicándose a estudiantes de 6º y 8º básico (de 10 a 14 años), y por el Programa Habilidades para la Vida III en estudiantes de enseñanza media.

Cuestionario PHQ-9 Modificado para adolescentes: El PHQ-9 en su versión para adolescentes aborda a la población de 15 a 19 años. Consta de nueve preguntas destinadas a evaluar sintomatología depresiva según criterios DSM, en una escala ordinal según frecuencia de síntomas (nunca, algunos días, más de la mitad de los días, casi todos los días).

Cuestionario PHQ-9 para Adultos: El PHQ-9 (cuestionario de salud del paciente 9 ítems) es el método de tamizaje para depresión en atención primaria más frecuentemente estudiado, y es recomendado por la National Quality Forum tanto para evaluar como una fuente de información clínica. El PHQ-9 consiste en 9 preguntas que representan los 9 criterios diagnósticos para depresión mayor.

Escala CAPE-P15: El CAPE-P15 es un instrumento de tamizaje de experiencias psicóticas sub-umbrales (EPS) para población adolescente y adulto joven. Su utilización permitiría evaluar la presencia de sintomatología psicótica en la práctica clínica, e identificar personas que necesitan una evaluación más exhaustiva y/o intervención.

Columbia, Escala de severidad Suicida (C-SSRS): Instrumento de fácil administración (5 min. Aprox.), que permite la evaluación de severidad suicida en contextos comunitarios (laborales, escolares, familiares) y equipos de salud. Sólo incluye lo esencial que se debe preguntar acerca de la suicidalidad de acuerdo a la evidencia. Para ser completada es posible utilizar información de otras fuentes como registros escritos, familiares, pareja, etc.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage GDS-15: Este instrumento se utiliza para el tamizaje de la sospecha de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo. Se aplica a personas mayores

La evaluación del riesgo con estos instrumentos se debe implementar, además, en las diversas atenciones de salud regulares que se realicen en el establecimiento de salud, como en la comunidad (consultas de control por enfermedades crónicas cardiovasculares, consultas de morbilidad de adolescentes, consultas de control por embarazo, entre otras).

Los resultados de evaluación se definen según el puntaje obtenido según instrumento y se desglosan en: bajo riesgo, riesgo medio y alto riesgo.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de evaluaciones aplicadas con cualquiera de los instrumentos en relación a sus resultados según categorías obtenido del puntaje que arrojo la evaluación que se otorgan según edad y sexo.

Resultado de la evaluación: Evaluación del riesgo según puntaje arrojado por el instrumento:

Instrumento	Bajo Riesgo	Riesgo Medio	Alto Riesgo
Cuestionario PSC-17	Subescala Problemas de Atención: <=14	No Aplica	Subescala Problemas de Atención: >14
	Sub escala Problemas Internalizantes:<=12		Sub escala Problemas Internalizantes: >12
	Subescala Problemas externalizantes: <=15		Subescala Problemas externalizantes: >15
Cuestionario PSC-Y-17	Subescala Problemas de Atención: <=14	No aplica	Subescala Problemas de Atención: >14
	Sub escala Problemas Internalizantes: <=13		Sub escala Problemas Internalizantes: >13
	Subescala Problemas externalizantes: <=14		Subescala Problemas externalizantes: >14
Cuestionario PHQ-9 Modificado para adolescentes	0-10	No aplica	nov-27
			Riesgo suicida: >0 pregunta n°9
Cuestionario PHQ-9 para Adultos	0-9 puntos	10- 14 puntos	15 a 27 puntos
Escala CAPE-P15	0-1,46	No aplica	>=1,47
Escala de Columbia	Sí al ítem 1 o 2	Sí al ítem 3 e ítem 6 Más allá de 3 meses	Sí al ítem 4, 5 y 6 tres meses o menos
Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage GDS-15	0- 5 puntos	6 a 9 puntos	10 a 15 puntos

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección I: Aplicación y resultado de Pauta de Evaluación Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS

Definiciones conceptuales:

El registro corresponde al resultado de aplicación de Pauta de Evaluación del Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS. El instrumento de monitoreo sólo se aplica a personas que son ingresadas y egresadas del Programa de Acompañamiento Psicosocial de APS.

El objetivo del registro es poder contar con información que permita dar cuenta de los resultados observados al comparar los puntajes de las personas que ingresan al Programa en comparación con el resultado al egreso

Esta Pauta será informada por la División de Atención Primaria para su respectiva aplicación por parte de los Equipos de APS.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de evaluaciones al ingreso y al egreso del Programa de Acompañamiento Psicosocial de APS, a través de la aplicación de instrumento de Pauta de Evaluación que se utilizará a nivel nacional, según resultado obtenido, desagregado por grupo de edad y sexo de las personas a las que se les aplicó instrumento de evaluación en el mes del informe.

El resultado obtenido se categorizará en: BAJO, MEDIO Y ALTO

Corresponde una aplicación por cada persona al ingreso y una aplicación por persona al egreso del Programa.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección J: Atenciones realizadas por profesionales, en el proceso de Evaluación Integral de Daño (PRAIS)

Definiciones conceptuales:

Evaluación especializada de los efectos del trauma psicosocial, en víctimas de violación de derechos humanos, solicitada para complementar antecedentes psico jurídicos en procesos judiciales. Se realiza por sesiones y posee la característica de integrar los distintos enfoques profesionales pertenecientes al programa PRAIS, respecto del daño generado a la salud por la violencia física, psicológica y sexual perpetrada por agentes del Estado.

Posee distintas vías de solicitud tribunales, usuarios(a), organizaciones de usuarios(as). Se elabora informe correspondiente, el cual deberá ser registrado en la ficha clínica, incluyendo los instrumentos y protocolos utilizados, como los resultados de esta evaluación. La emisión del informe conduce a que los profesionales puedan ser llamados a testificar como testigos expertos.

Por lo anterior, la evaluación integral de daño se configura en un grupo de 6 sesiones que responden a sus dos aspectos fundamentales; el diagnóstico interdisciplinario y la caracterización global de la situación traumática, con el objetivo de responder en un tiempo razonable las solicitudes de informes de daño.

Asimismo, el proceso de atención definido para esta actividad se enmarca en la propuesta de "Estructura Base de un Informe de Daños", en Anexo 2, del ORD. N° 2117, 08.05.2019, MAT.: Envía orientaciones para la planificación del trabajo Programa PRAIS 2019-2022, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Definiciones operacionales:

Origen de Solicitud: Se definen tres posibles vías en donde surgen las solicitudes de evaluación, estas son:

- (O1) Se detecta en Consulta de Ingreso a Equipo PRAIS.
- (O2) Demanda de Usuario.
- (O3) Solicitud Tribunal, y/o Representación Jurídica.

Cabe destacar que las revisiones de casos y programación de sesiones de dichas solicitudes se deben realizar en las reuniones de tipo "Reunión Técnica Administrativa", instancias que realizan habitualmente los Equipos PRAIS, considerando el protocolo o definición local de asignación de RRHH para la realización del proceso de evaluación integral de daño.

Sesión N° 1:

Atención indagatoria, recolección de antecedentes y formalización del proceso de evaluación integral de daño mediante consentimiento informado. Considere que en aquellos casos en que el usuario por algún motivo desista y no firme el consentimiento informado, el proceso termina en esta sesión y se deja constancia en la ficha clínica de tal situación.

Esta atención es realizada de forma individual por; Asistente Social, o Psicólogo (a) del equipo PRAIS, y su registro corresponde a la cantidad de usuarios atendidos por cada profesional según grupo de edad y sexo.

Sesión N° 2:

Sesión de atención biopsicosocial en donde se realizan dos de las cuatro evaluaciones siguientes, de acuerdo con la revisión del caso en reunión técnica administrativa; Evaluación Social, Psicológica, Médica y/o Psiquiátrica.

Tales atenciones, respecto a las evaluaciones según profesionales del equipo PRAIS que la realiza, se registran según grupo de edad y sexo. Los posibles integrantes del equipo PRAIS relacionados a esta sesión son;

Asistente Social; Psicólogo (a); Médico General; Médico Psiquiatra; y Médicos (otra) Especialidad - Subespecialidad; u Otro Profesional.

Sesión N° 3:

Al igual que la sesión anterior las atenciones son de carácter biopsicosocial y se realizan las dos evaluaciones restantes, que, de acuerdo con la revisión del caso y las atenciones otorgadas en la Sesión N°2, estas pueden ser; Evaluación Social, Psicológica, Médica y/o Psiquiátrica.

Tales atenciones, respecto a las evaluaciones según profesionales del equipo PRAIS que la realiza, se registran según grupo de edad y sexo. Los posibles integrantes del equipo PRAIS relacionados a esta sesión son; Asistente Social; Psicólogo (a); Médico General; Médico Psiquiatra; y Médicos (otra) Especialidad - Subespecialidad; u Otro Profesional.

Sesión N° 4:

Sesión dedicada a la interpretación de los hallazgos y redacción del informe.

Tales tareas se realizan colaborativamente entre los Integrantes del Equipo PRAIS participantes, según protocolo, o designación local, y se registran los profesionales participantes en la sesión de cada caso según grupo de edad y sexo.

Los posibles integrantes del equipo PRAIS relacionados a esta actividad son; Asistente Social; Psicólogo (a); Enfermera (o); Kinesiólogo (a); Terapeuta Ocupacional; Técnico Paramédico; Gestor Comunitario; u Otro Profesional. Médico General; Médico Psiquiatra; y Médicos (otra) Especialidad – Subespecialidad.

Sesión N° 5:

Sesión realizada por 1 o 2 integrantes del Equipo PRAIS que participaron, según protocolo o programación local, en donde se da a conocer los resultados del diagnóstico interdisciplinario, y plan terapéutico al usuario, finalizando con la firma y entrega del informe clínico. Ahora bien, si no se requiere testificación en tribunales, el proceso de evaluación integral de daño termina con esta sesión. En caso contrario se realiza la Sesión N°6.

La atención de esta sesión, respecto a los profesionales del equipo PRAIS que la realizan, se registran según grupo de edad y sexo. Los posibles integrantes del equipo PRAIS participantes, en conformidad al protocolo o programación local son: Asistente Social; Psicólogo (a); Enfermera (o); Kinesiólogo (a); Terapeuta Ocupacional; Técnico Paramédico; Gestor Comunitario; u Otro Profesional. Médico General; Médico Psiquiatra; y Médicos (otra) Especialidad – Subespecialidad.

Sesión N° 6:

Sesión en donde se realiza acompañamiento, entrega de informe de evaluación integral de daño, representación jurídica y/o testificación ante tribunales, según sea el caso.

La atención de esta actividad es realizada por 1 integrante del Equipo PRAIS, cuyo registro se ingresa según grupo de edad y sexo del usuario que es atendido.

Los posibles integrantes del equipo PRAIS relacionados a dicha atención son: Asistente Social; Psicólogo (a); Médico General; Médico Psiquiatra; y Médicos (otra) Especialidad - Subespecialidad; u Otro Profesional.

Reglas de consistencia:

Esta sección no requiere reglas de consistencia.

REM A04: CONSULTAS Y OTRAS ATENCIONES EN LA RED

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

SECCIONES DEL REM-A04

- **Sección A:** Consultas médicas.
- **Sección B:** Consultas de profesionales no médicos.
- **Sección C:** Consultas de anticoncepción de emergencia.
- **Sección D:** Consultas en horario continuado.
- **Sección E:** Consulta abreviada.
- **Sección F:** Consulta abreviada Profesionales no médicos (PRAIS).
- **Sección G:** Atenciones de medicina indígena.
- **Sección H:** Intervención individual del usuario en Programa Elige Vida Sana.
- **Sección I:** Servicios farmacéuticos.
- **Sección J:** Despacho de recetas de pacientes ambulatorios.
- **Sección K:** Rondas por tipo y profesional.
- **Sección L:** Clasificación de consulta nutricional por grupo de edad.
- **Sección M**: Consulta de lactancia materna en niños y niñas controlados.
- **Sección N**: Atenciones ambulatorias por el Programa Tuberculosis.
- **Sección O**: Exámenes Bacteriológicos procesados.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS DE LAS SECCIONES DEL REM-A04

Sección A: Consultas Médicas

Definiciones conceptuales:

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

Las patologías descritas incluyen:

- Infección Respiratoria Aguda (IRA) Alta: Rinofaringitis, Resfrío Común, Faringitis, Adenoiditis, Rinitis Aguda, Rinitis Purulenta, Rinosinusitis, Sinusitis, Virosis Respiratoria, Faringoamigdalitis, Amigdalitis Aguda, Amigdalitis Pultácea, Absceso Amigdalino, Otitis Media Aguda, Otitis Catarral, Faringootitis, Rinofaringootitis, Otitis Supurada, Mastoiditis.
- Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO): Síndrome Bronquial Obstructivo, Síndrome Bronquial Obstructivo Agudo, Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente, Bronquitis Obstructiva Recurrente, Bronquitis Obstructiva, Bronquiolitis.
- Neumonía: Bronconeumonía, Neumonía, Síndrome Neumónico, Neuropatía Aguda.
- Exacerbación Asma: son ataques o crisis de asma son episodios agudos o subagudos caracterizados por el aumento progresivo de uno o más de los síntomas típicos (disnea, tos, sibilancias y opresión torácica) acompañados de una disminución del flujo espiratorio (pico flujo espiratorio [PEF] o del volumen espiratorio forzado en el primer segundo
- Otras respiratorias: Incluye todas las otras patologías de carácter respiratorio no incluidas en los puntos anteriores.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): Es la atención profesional otorgada por el Médico
- Obstétricas: Atención Médica proporcionada otorgada a la mujer por alguna patología, (o sospecha de esta) durante el embarazo.
- Ginecológica: Atención proporcionada a la mujer en sus distintas etapas de desarrollo (niña, adolescente y adulta) que presenta una patología propiamente tal, o morbilidad dependiente del uso de algún método de paternidad responsable.
- Ginecológica por Infertilidad: Atención proporcionada que comprende evaluación, diagnóstico, determinación y ejecución de acciones de acuerdo al diagnóstico, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Se incluyen en ellas aquellas consultas de seguimiento y/o de apoyo diagnóstico.
- Infección Transmisión Sexual: Es la atención profesional otorgada por el Médico, en que se sospeche ITS o se realice diagnóstico de una ITS.

- VIH-SIDA: Es la atención de salud proporcionada por Médico, en que se sospecha infección por VIH o alguna de las patologías asociadas al SIDA, con o sin solicitud de examen VIH. Se excluyen las atenciones de salud realizadas a personas con diagnóstico conocido de VIH/SIDA, y que el motivo que origina esta consulta no está relacionado con infección por VIH.
- Salud Mental: Corresponde a las atenciones Médicas que se realizan por sospecha de trastornos de la Salud Mental, para ser derivados a programa según pertinencia.
- Cardiovascular: Consultas asociadas a enfermedades del sistema cardiovascular, independiente que los pacientes pertenezcan o no al programa o sean derivados a este.
- Otras morbilidades: Corresponde a las atenciones realizadas por otras causas no detalladas en los tipos de consultas anteriormente descritos y que pueden ser realizadas por médicos generales en el nivel de especialidad.
- Por Campaña de Invierno: Atención médica por morbilidad respiratoria, realizada en horas médicas contratadas con financiamiento, de refuerzo para campaña de invierno, tanto en horario hábil y como extensión horaria.

Definiciones operacionales:

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

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

En la columna "Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Programas SENAME" se registran las consultas médicas que se realizan a 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), según tipo de consulta descrita.

En campaña de invierno: En esta columna se registran las consultas médicas por morbilidad respiratoria que realizan médicos generales, contratados o que realiza extensión horaria, con financiamiento ministerial para refuerzo campaña de invierno.

Reglas de consistencia:

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

R.2: El total de "Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Programas SENAME", debe ser menor al total de atenciones registradas.

R.3: El total registrado en columna campaña de invierno, debe ser igual o menor al total de atenciones registradas por edad y sexo.

Sección B: Consultas de profesionales no médicos

Definiciones conceptuales:

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

- Consulta de Enfermera(o): Es la atención proporcionada por el profesional que comprende: Evaluación, diagnóstico de enfermería, determinación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo con el plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad.
- Consulta de Matrón (a) (morbilidad ginecológica): Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología ginecológica
- Consulta de Matrón (a) (ITS): Es la atención proporcionada a usuaria/o y su pareja para prevenir la aparición de Infecciones de Transmisión Sexual, que comprende evaluación, diagnóstico, determinación y ejecución de acciones de acuerdo al diagnóstico, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad.
- Consulta de Matrón (a) (infertilidad): Atención proporcionada que comprende evaluación, diagnóstico, determinación y ejecución de acciones de acuerdo al diagnóstico, registro.
- Consulta de Matrón(a) (otras consultas): Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología obstétrica, por anticoncepción de emergencia o por otras patologías asociadas a la mujer, que no sea ginecológica, de ITS o por VIH-SIDA.
- Consulta de Matrón(a) (salud sexual): Atención proporcionada a las personas con enfoque de género, en el que se entrega información, orientación, herramientas y/o habilidades que favorezcan la salud sexual y prevengan conductas de riesgo. Comprende anamnesis, hipótesis diagnóstica y ejecución de acciones de acuerdo al diagnóstico, registro y citación a nuevas consultas, derivación a otros programas de salud en caso de necesidad. Se ingresarán a población bajo control a las personas con prescripción permanente de insumos para práctica sexual segura.
- Consulta Matrón(a) (piso pélvico): Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, cuyo objetivo es aplicar técnicas para la prevención de patologías de piso pélvico, identificar alguna sintomatología relacionada con ellas para la oportuna derivación al médico especialista y aplicar medidas terapéuticas para su manejo.
- Consulta Nutricionista (otras consultas): Comprende las atenciones de pacientes que son derivados con otros diagnósticos, como trastornos alimentarios (bulimia, anorexia, pregorexia y otros), alergias alimentarias, intolerancias y enfermedad celiaca entre otras, independiente de su diagnóstico nutricional. Además, se deben considerar las atenciones otorgadas a pacientes que en la consulta actual presentan diagnostico nutricional normal.
- Consulta Nutricionista malnutrición por exceso: Incorpora las atenciones totales de personas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad.
- Consulta Nutricionista malnutrición por déficit: Incorpora las atenciones totales de pacientes diagnóstico de desnutrición y riesgo de desnutrir.

- Consulta de Psicólogo(a): Es la atención individual proporcionada por Psicólogo(a), a las personas que requieren de orientación psicológica, o presentan alto riesgo de enfermedad o trastorno de salud mental, pero que NO ha sido ingresado al programa.
- Consulta de Fonoaudiólogo(a): Es la atención otorgada a personas que son derivadas, como producto de la existencia de un proceso mórbido o de la detección y necesidad de evaluación, incluye técnicas y procedimientos propios de su profesión.
- Consulta de Terapeuta Ocupacional: Es la atención proporcionada, a un paciente derivado por profesional Médico, con el propósito de apoyar su recuperación o rehabilitación, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.
- Consulta de Tecnólogo Médico (excluye UAPO): Es la atención individual proporcionada a un paciente que es derivado y que presenta alguna alteración oftalmológica (Cataratas, Retinopatías, Vicios de Refracción, etc.) excluyendo a las unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO).
- Consulta de Trabajador/a Social: Es la atención mediante la cual, el Trabajador Social establece un diagnóstico de la situación socio familiar con vistas a favorecer el contacto y la relación de ésta con los servicios médicos, orientar en la solución de problemas sociales, coordinar las ayudas y subsidios y otros recursos legales a través de la acción intersectorial.
- Espacios Amigables para adolescentes: Corresponde al número de consultas realizadas a adolescentes atendidos en espacios amigables, por tipo de consulta y profesional que realiza la actividad.

Definiciones operacionales:

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

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

En la columna "Espacios Amigables" se registran las consultas por profesionales no médicos que se realizan a los adolescentes atendidos en espacios amigables, según profesional que realiza la consulta.

Reglas de consistencia:

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

Sección C: Consultas Anticoncepción de Emergencia

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

Se registra la consulta por anticoncepción de emergencia realizada por Médico y/o Matrón (a), según grupo de edad, con y sin entrega de anticonceptivo.

Regla de consistencia:

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

Sección D: Consultas en horario continuado

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

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

R.2: El total de Pueblos Originarios y/o Migrantes debe ser menor o igual al total.

Sección E: Consulta Abreviada

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

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

Sección F: Consulta abreviada profesionales no médicos PRAIS

Definiciones conceptuales:

Esta actividad es una breve atención proporcionada por profesionales no médicos integrantes del equipo PRAIS para dar solución específica a un problema de salud, comprende acciones destinadas a valoración de antecedentes, apoyo diagnóstico o refuerzo de indicaciones.

Definiciones operacionales:

Se registra el total de las consultas abreviadas realizadas por profesionales no Médicos durante el mes informado.

Reglas de consistencia:

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

Sección G: Atenciones De Medicina Indígena

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

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

Sección H: Intervención individual del usuario en Programa Elige Vida Sana

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

Se registra el número de contactos efectivos (definido como el contacto directo y en tiempo real) efectuadas por profesional de la actividad física, Nutricionista y/o Psicólogo, ya sea de forma presencial o remota, según tipo de evaluación y consulta, edad y sexo de los pacientes. Además de las Gestantes y Post Parto.

En el caso de inasistencia a control o llamadas no respondidas o no se contacte a la persona, no podrá ser considerada efectiva, no siendo considerada en este registro.

Regla de consistencia:

R.1: Las gestantes y Post Parto deben estar incluidas en los grupos etarios y no deben ser mayor al total.

Sección I: Servicios Farmacéuticos

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las actividades que se realizan tanto en atención abierta como en atención cerrada, que tienen relación con la Atención Farmacéutica y la Farmacovigilancia. Dentro de ellas se encuentran:

- Atención Farmacéutica: Cualquier actividad realizada por el farmacéutico que busque mejorar los resultados clínicos conseguidos, disminuir los efectos adversos provocados y aumentar la calidad de vida del usuario de medicamentos. Por tanto, no representa una actividad en sí misma, sino que la provisión de servicios profesionales farmacéuticos.
- Revisión de la medicación: Es la evaluación estructurada de la farmacoterapia con el objetivo de optimizar el uso de medicamentos y mejorar los resultados clínicos, mediante la detección y resolución de problemas relacionados a medicamentos. Puede o no incluir entrevista clínica. Se diferencia del seguimiento farmacoterapéutico en que el usuario no pasa a monitoreo continuo y generalmente implica intervenciones no presenciales.
- Conciliación Farmacéutica: Valoración del listado completo y exacto de la medicación previa y actual del usuario con la prescripción médica después de un cambio del nivel de atención.
- Educación Farmacéutica: Educación individual sobre farmacoterapia, patologías o cualquier otro tema relacionado al uso de medicamentos u otras sustancias terapéuticas. Incluye los servicios de apoyo a la adherencia terapéutica. Debe tener un marco, objetivo, actividades, metas, evaluación y resultado.
- Seguimiento Farmacoterapéutico: Servicio farmacéutico complejo que apunta a optimizar el uso de los medicamentos, en conjunto con el equipo de salud y el usuario. Para su adecuado desarrollo, requiere de atenciones continuas, sistemáticas y estandarizadas, junto con al menos 3 instancias de contacto en nivel hospitalario o entrevistas con el usuario a nivel ambulatorio.
- Farmacovigilancia**:** Conjunto de actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos asociados al uso de los medicamentos. Esta actividad debe ser compartida por las autoridades competentes, los profesionales de la salud, las instituciones prestadoras de servicios sanitarios, tanto públicas como privadas, y la población en general.
- Reporte de Reacción Adversa al medicamento: Línea destinada al registro de las notificaciones de sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) enviadas al Instituto de Salud Pública (ISP). Esta acción será llevada a cabo por el encargado de fármaco vigilancia del establecimiento o de parte de los profesionales de la salud de forma espontánea.
- Reporte de Falla de calidad: Línea destinada al registro de las notificaciones de fallas de calidad enviadas al Instituto de Salud Pública (ISP).
- Reporte de Evento adverso asociado a medicamentos: Línea destinada al registro de las notificaciones eventos adversos asociados al uso de medicamentos en la plataforma asociada. Incluye eventos adversos por dispensación, prescripción, administración y preparación de medicamentos.

Nota: servicios farmacéuticos realizadas por Químico Farmacéutico se mantienen en REM ya que tienen un enfoque clínico.

Fuentes: DS N°3/2010 que aprueba reglamento del Sistema Nacional de Control de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano y NGT 140 sobre sistema nacional de farmacovigilancia de productos farmacéuticos de uso humano.

Definiciones operacionales:

Conciliación Farmacéutica: se registra cada conciliación efectuada y registrada en ficha clínica, incluso si no se encuentran hallazgos. Esto incluye cambios entre niveles de atención (primario-secundario-terciario) y entre distintas unidades de un mismo establecimiento (como en el caso de los hospitales).

Educación Farmacéutica: se registra cada sesión educativa con el usuario que sea registrada en ficha clínica.

Reporte de Reacción Adversa al medicamento: se registran todos los reportes realizados enviados a través de plataforma de farmacovigilancia del ISP y registrados en la ficha clínica del usuario afectado.

Reporte de Falla de calidad: se registran todos los reportes enviados a través de plataforma de calidad del ISP que incluyeron envío de muestras.

Reporte de Evento adverso asociado a medicamentos: se registra todo evento adverso reportado a la unidad de calidad del respectivo establecimiento, asociado a dispensación, prescripción, administración o preparación de medicamentos.

Revisión de la medicación**:**

- **Con entrevista**: se registra toda revisión de la medicación registrada en la ficha clínica que requirió una cita o entrevista con el usuario, cuidador o familiar, con el objetivo de recopilar información adicional antes de realizar intervenciones.
- **Sin entrevista**: se registra toda revisión de la medicación registrada en la ficha clínica que corresponda a la validación de una receta o cuando no se tenga contacto directo con el usuario. Se incluye en esta definición la revisión de las curvas farmacocinéticas para ajustes de dosis.

Seguimiento Farmacoterapéutico: se registra por separado cada una de las entrevistas o contactos con el usuario (ingreso, intervención o seguimiento). Todo servicio anteriormente mencionado (a excepción de los reportes de RAM, calidad o eventos adversos) que sea entregado en el contexto de seguimiento, ya sea educación, revisiones de la medicación o conciliación, no debe ser registrado aparte, ya que se entiende al seguimiento farmacoterapéutico como un servicio complejo que incluye a todos los demás.

Regla de consistencia:

R.1: Los servicios farmacéuticos realizados en el establecimiento de salud y en el domicilio se identifican por separado y, deben estar contenidos en el total.

R.2: Los servicios profesionales farmacéuticos realizados a través de medios digitales vía remota se deben agregar en la opción "Servicios farmacéuticos realizados en establecimientos de salud"

R.3: El desglose de los Servicios Farmacéuticos que se realizan en domicilio y son registrados en esta sección, debe coincidir con el N.º ingresado en la Sección C del REM A26, la cual busca registrar prestaciones realizadas con un enfoque integral de consultas y otras atenciones de salud.

Sección J: Despacho de recetas de pacientes ambulatorios

Definiciones conceptuales:

El despacho corresponde a la entrega de fármacos realizada a usuarios en la atención ambulatoria, de acuerdo con una receta, que puede ser: crónica, morbilidad o productos bajo control legal (medicamentos controlados).

Tipo de Receta crónica: Receta que contiene la prescripción de medicamentos utilizados en el tratamiento de patologías crónicas, en la cantidad necesaria hasta el siguiente control médico, de acuerdo con guías clínicas y normativas vigentes de cada Programa de Salud.

Se incluye en esta clasificación las prescripciones asociadas a prestaciones gineco – obstétricas, excluyendo las atenciones por morbilidad.

Tipo de Receta morbilidad: Receta que contiene la prescripción de medicamentos utilizados en un problema de salud de carácter agudo, en la cual se prescribirán los medicamentos específicos para la patología y en cantidad necesaria para un periodo acotado.

Tipo de Receta bajo control legal: Receta blanca o cheque verde que contiene la prescripción de medicamentos sometidas a control legal de acuerdo a DS 404/1983 Reglamento de Productos Psicotrópicos, DS 405/1983 Reglamento De Estupefacientes. Este documento sólo puede ser realizada por los médicos cirujanos y cirujanos dentistas, según corresponda de acuerdo (DS MINSAL N. º 466/1984).

Recetas despachadas: Corresponde a aquellas recetas dispensadas en la unidad de farmacia o botiquín cuando corresponda o también en domicilio de los usuarios.

El despacho puede ser:

- Despacho total: Corresponde a la suma de despacho completo y despacho parcial.
- Despacho completo: Corresponde a las recetas despachadas en su totalidad (completitud de la prescripción) de acuerdo a la periodicidad de retiro establecida. Esto quiere decir que si el usuario tiene una receta crónica por 1 año y el establecimiento tiene una periodicidad de entrega mensual, se entenderá completa si se entrega tratamiento suficiente para 30 días.
- Despacho parcial: Corresponde a aquellas recetas en que se despacharon sólo algunos de los medicamentos incluidos o una dosis fraccionada o incompleta frente a lo indicado por el profesional.

Los despachos pueden realizarse en:

- Centro de Salud: Corresponde a las recetas despachadas en el establecimiento de salud (se deben diferenciar también los despachos en unidades de emergencia SAPU,SAR, SUR y Urgencias Hospitalarias)
- Domicilio: Corresponde al despacho de recetas en el domicilio.

Las prescripciones pueden ser:

- Emitidas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica.
- Rechazadas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica, que el paciente decide rechazar.

Los despachos por Coordinación territorial: consiste en el acercamiento de los medicamentos desde un establecimiento de mayor complejidad a otro de menor complejidad incluyendo la APS, de acuerdo con el modelo implementado:

a) Recetas preparadas para el despacho en otro establecimiento de menor complejidad (El establecimiento que prepara las recetas debe realizar el registro).

b) Recetas entregadas en el establecimiento de menor complejidad (el establecimiento de menor complejidad debe registrar las recetas efectivamente despachadas).

c) Recetas entregadas por volumen de medicamentos y el establecimiento de menor complejidad está a cargo de la preparación y entrega por paciente. El establecimiento de menor complejidad debe registrar las recetas despachadas efectivamente.

Las recetas despachadas con oportunidad:

- **Las recetas despachadas con oportunidad:** Se entenderá por receta despachada de manera total y oportuna, a toda receta que es solicitada en farmacia o botiquín y que la prescripción se despacha con todas las dosis y cantidades indicadas según prescripción para el periodo, que en el caso de crónico es mínimo 30 días y para el caso de morbilidad (agudo) por el periodo indicado por el prescriptor habilitado, con entrega el mismo día.

  Se considerará como fecha de retiro aquella indicada por el sistema informático o sistemas locales para recetas crónicas para el segundo retiro y subsiguiente; para recetas de morbilidad, será la misma fecha en que fue emitida la receta/prescripción.

Recetas despachadas a personas del Programa de Salud Cardiovascular, (PSCV): Corresponde a recetas que contengan medicamentos asociados a problemas de salud cardiovascular como Diabetes, Hipertensión y Dislipidemia. incluyendo los medicamentos FOFAR.

El despacho puede ser total o parcial.

- Despacho completo y oportuno: Corresponde al total de recetas despachadas en su totalidad (completitud de la prescripción) y en forma oportuna, a personas del PSCV.
- Despacho completo: Corresponde a las recetas despachadas en su totalidad (completitud de la prescripción) de acuerdo a la periodicidad de retiro establecida. Esto quiere decir que si el usuario tiene una receta crónica por 1 año y el establecimiento tiene una periodicidad de entrega mensual, se entenderá completa si se entrega tratamiento suficiente para 30 días.
- Despacho Parcial: Corresponde a aquellas recetas en que se despacharon sólo algunos de los medicamentos incluidos en ella, o una dosis fraccionada o incompleta, frente a lo indicado por el profesional, en personas del PSCV.

Prescripciones a pacientes del Programa de Salud Cardiovascular

- Prescripciones Emitidas: Corresponde al o los medicamentos prescritos en una receta médica de pacientes del PSCV.
- Prescripciones rechazadas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica, que el paciente decide rechazar las recetas despachadas a personas del PSCV.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número total de recetas despachadas, ya sean totales o parciales, según la clasificación de receta crónica, de morbilidad y aquellas bajo control legal.

En despacho parcial se deben registrar el número de recetas en las que no se despacharon todas las prescripciones señaladas por el profesional habilitado.

Los métodos Anticonceptivos (incluye los métodos hormonales y no hormonales: T de Cobre, y preservativos) deben ser registrados como recetas crónicas.

Las recetas de Pacientes del Programa de Salud Cardiovascular deben registrarse en las columnas destinadas para ese fin, además de estar incluidas en las despachadas y prescripciones, según corresponda.

Regla de consistencia:

R.1: Prescripciones emitidas/Prescripciones rechazadas: Se deben diferenciar las entregas en unidades de emergencia.

R.2: En las columnas de Recetas/Prescripciones de pacientes del Programa Cardiovascular sólo deben registrar los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

R.3: Las recetas despachadas a pacientes del Programa de Salud Cardiovascular, deben estar incluidas en recetas despachadas y prescripciones según corresponda.

Sección K: Rondas por tipo y profesional

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

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

Regla de consistencia:

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

R.2: Corresponde registrar al Establecimiento de Salud Rural (Posta) que recibe la ronda

Sección L: Clasificación de Consulta Nutricional por grupo de edad

Son atenciones que incluidas en la Sección B considera sólo a pacientes con "riesgo de" (riesgo de desnutrir, riesgo de obesidad, riesgo de bajo peso etc.) grupos susceptibles, a los que se debe dar prioridad en la atención con el propósito de revertir su condición de riesgo y alcanzar el rango de normalidad.

Definiciones conceptuales:

Es la atención dietética o dieto terapéutica proporcionada por el /la Nutricionista, a pacientes que requieren adecuar su alimentación por condiciones fisiológicas o personas con alteraciones fisiopatológicas o nutricionales, que requieren cambios alimentarios- nutricionales con el propósito de mejorar su condición nutricional y de salud.

Definiciones operacionales:

Se registran las atenciones nutricionales que presenten alguna alteración de tipo fisiopatológico o nutricional, desagregadas por diagnóstico nutricional, sexo y grupo etario.

- Mal nutrición por Riesgo Desnutrir /Riesgo bajo peso: Corresponde a las atenciones realizadas a usuarios, sólo con riesgo de desnutrir o riesgo de bajo peso.
- Mal nutrición por Riesgo Obesidad o Sobrepeso: Corresponde a las atenciones realizadas a usuarios con riesgo de sobrepeso o riesgo de obesidad.
- Estado nutricional Normal: Corresponde a las atenciones realizadas a usuarios en tratamiento, por malnutrición, que en la consulta nutricional actual son dados de alta por ubicarse en canal de normalidad.

Regla de consistencia:

R.1: El total de beneficiarios y embarazadas, no puede ser mayor que el total atendidos por Nutricionista.

Sección M: Consulta de Lactancia Materna en niños y niñas controlados

Definiciones conceptuales:

Se entenderá por consulta de lactancia la prestación de salud destinada a madres con hijos o hijas en periodo de lactancia, realizada preferentemente en el nivel primario de atención, cuyo objetivo principal es acompañar, apoyar y entregar herramientas a las madres y familias para la instalación, mantención y/o recuperación de la lactancia materna, según corresponda:

- Consulta de Lactancia Materna de Alerta: Corresponde a la consulta espontánea requerida por la madre o su familia, indicada por profesionales de salud o referida por un funcionario del centro de salud, la cual requiere de resolución inmediata o mediata (dentro de un plazo máximo de 2 h*), y de una atención integral, oportuna, específica y personalizada en el centro de salud.
- Plazo definido en concordancia con las Orientaciones Técnicas para la Atención en Clínicas de Lactancia Materna, sin embargo, se podrán registrar prestaciones mediatas hasta con un máximo de 24 h desde la solicitud de atención.
- Consulta de Lactancia Materna de Seguimiento: corresponde a la actividad planificada con la madre y la familia, desarrollada después de primera consulta de LM, la cual tiene por objetivo continuar con el apoyo integral a la lactancia materna y acompañar a la madre y familia en la resolución de la problemática o situación que generó la primera consulta.
- Otras Consultas de Lactancia Materna: corresponde a la consulta espontánea requerida por la madre o su familia, indicada por profesionales de salud o referida por un funcionario del centro de salud, sin carácter de urgencia, la cual puede ser resuelta después de las 24 horas de solicitada y que requiere de una atención integral específica y personalizada en el centro de salud.
- Consejería en lactancia materna: Es la actividad de promoción de la LM que requiere agendamiento, no homologable al consejo breve. La consejería es una relación de ayuda, donde se entrega información y educación que puede realizarse en una o más sesiones, que se desarrolla en un espacio de confidencialidad y que tiene como objetivo promover y fortalecer la LM, de manera que la persona tome decisiones en la consecución de la información que dispone. Esta prestación se debe categorizar de acuerdo con si está dirigida a las gestantes o madres en proceso de amamantamiento (pre o postnatal). La consejería postnatal es fundamental cuando las personas que amamantan se acogen a su derecho a no amamantar, ya que los equipos de salud deben velar por que estas cuenten con información veraz para la toma de decisiones.

  Esta actividad debe realizarse con enfoque de derechos, género y no discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades de la persona.
- Población Migrante: corresponde a la población infantil cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y que han recibido consulta o consejería de lactancia materna. *Cabe señalar que los hijos de migrantes nacidos en Chile tienen nacionalidad chilena.*

Definiciones operacionales:

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

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

Regla de consistencia:

R.1: Los registros de esta sección no deben estar incluidos en la sección B.

Sección N: Atenciones ambulatorias por el Programa Tuberculosis

Definiciones conceptuales:

Atenciones médicas ambulatorias del Programa de Tuberculosis. (Médico)

Las atenciones médicas del Programa de Tuberculosis se encuentran reguladas por la Norma General Técnica del programa e incluyen:

- Ingreso médico de tratamiento: Es la primera atención médica en que se inicia el tratamiento de una persona que ha sido diagnosticada con tuberculosis.
- Ingreso médico de quimioprofilaxis: Es la primera atención médica en que se inicia la quimioprofilaxis para tuberculosis.
- Control médico mensual: Son las atenciones médicas mensuales programadas de los pacientes en tratamiento o quimioprofilaxis por tuberculosis, hasta el término del tratamiento. Todos los pacientes en tratamiento por tuberculosis deben tener al menos un control mensual con médico hasta el término del tratamiento. Todos los pacientes en quimioprofilaxis deben tener controles médicos cuya frecuencia dependerá del esquema farmacológico, definido en la norma técnica.
- Control de seguimiento: Control médico realizado a los 6 meses posteriores al término del tratamiento de tuberculosis.
- Consultas espontáneas: Atención médica durante el tratamiento de la tuberculosis, adicional a los controles programados, causada por motivo de la tuberculosis, ya sea su sintomatología o su tratamiento, incluyendo reacciones adversas a los medicamentos.
- Rescate: Atención médica durante el tratamiento de la tuberculosis, adicional a los controles mensuales, con motivo de la inasistencia del paciente a su tratamiento, con el objetivo de evitar la pérdida de seguimiento.
- Control de los contactos: Es la atención médica destinada a la evaluación de los contactos de tuberculosis, en el contexto del estudio de contactos de un caso índice.
- Atención domiciliaria: Es la realización de cualquiera de las atenciones médicas del programa de tuberculosis en el domicilio.

Atenciones ambulatorias por profesional del Programa de Tuberculosis (Enfermera):

- Ingreso de tratamiento: Es la primera atención por profesional enfermera al inicio del tratamiento de una persona que ha sido diagnosticada con tuberculosis.
- Control mensual: Son las atenciones mensuales por enfermera programadas de los pacientes en tratamiento por tuberculosis, hasta el término del tratamiento.
- Control de seguimiento: Control realizado a los 6 meses posterior al término del tratamiento de tuberculosis.
- Consultas espontáneas: Atenciones de enfermera realizadas durante el tratamiento de la tuberculosis, adicional a los controles programados, causada por motivo de la tuberculosis, ya sea su sintomatología o su tratamiento, incluyendo reacciones adversas a los medicamentos.

- Rescate: Atención de enfermera realizada durante el tratamiento de la tuberculosis, adicional a los controles mensuales, con motivo de la inasistencia del paciente a su tratamiento, con el objetivo de evitar la pérdida de seguimiento.
- Atención domiciliaria: Es la realización de cualquiera de las atenciones de enfermera del programa de tuberculosis en el domicilio.

Definiciones operacionales:

Se deben registrar todas las atenciones médicas realizadas por actividades del Programa de Tuberculosis, por grupos de edad y sexo del paciente, independiente de la previsión del paciente.

Se deben registrar todas las atenciones por profesional enfermera realizadas por actividades del Programa de Tuberculosis, por grupos de edad y sexo del paciente, independiente de la previsión del paciente.

Regla de consistencia:

R.1: La suma de grupos de edad debe ser coincidente con total por hombres y mujeres.

Sección O: Exámenes bacteriológicos procesados

Definiciones conceptuales:

Número de muestras de expectoración (esputo) procesadas para la pesquisa de tuberculosis pulmonar, ya sea por Baciloscopia, cultivo y/o biología molecular. Corresponde a las muestras solicitadas por cualquier miembro del equipo de salud a un usuario en quien se sospecha una tuberculosis pulmonar, y que fueron procesadas en el laboratorio.

Definiciones operacionales:

Se excluyen las muestras procesadas para control de pacientes que ya se encuentran en tratamiento. Una muestra procesada por más de una técnica (Baciloscopia, cultivo y/o biología molecular) sólo se considera una vez.

Las muestras solicitadas que no fueron procesadas (rechazadas en laboratorio), no se incluyen. Se deben registrar el número de muestras procesadas por grupos de edad y sexo del paciente.

Regla de consistencia:

R.1: La suma de grupos de edad debe ser coincidente con el total.

REM A05: INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD

Las atenciones en salud tienen como principal objetivo el poder identificar en forma precoz, diferentes situaciones consideradas de riesgo durante el ciclo vital de las personas, con el fin de poder intervenir en ellos, ya sea desde el ámbito de prevenir la aparición de enfermedades, como también para recuperar la salud cuando estos ya están presentes.

En este REM canaliza la información relacionada con los programas a los cuales ingresan y egresan los usuarios para lograr los objetivos de salud presentes en la población, que además puedan presentar factores de riesgo por víctima de violencia de género, ser pertenecientes a pueblos originarios y/o en condición de migrantes atendida en los establecimientos de APS y nivel secundario.

SECCIONES DEL REM-A05

- **Sección A:** Ingresos de gestantes a Programa Prenatal.
- **Sección B:** Ingresos de gestantes con patología de Alto Riesgo Obstétrico a la Unidad de ARO (Nivel Secundario).
- **Sección C:** Ingresos a Programa de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual.
- **Sección C.1**: Egresos de Programa de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual.
- **Sección D:** Ingresos a Programa control de climaterio.
- **Sección E:** Ingresos a control de salud de recién nacidos.
- **Sección F:** Ingresos y egresos a sala de estimulación servicio itinerante y atención domiciliaria.
- **Sección F.1:** Reingresos y egresos por segunda vez a modalidad de estimulación en el centro de salud.
- **Sección G:** Ingresos de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de baja complejidad a control de salud en APS.
- **Sección H:** Ingresos al Programa de Salud Cardiovascular.
- **Sección I:** Egresos del Programa de Salud Cardiovascular.
- **Sección J:** Ingresos y egresos al Programa de Pacientes con Dependencia Leve, moderada y severa
- **Sección K:** Ingresos al Programa del Adulto Mayor según condición de funcionalidad y dependencia.
- **Sección L:** Egresos al Programa del Adulto Mayor según condición de funcionalidad y dependencia.
- **Sección M:** Ingresos y egresos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- **Sección N:** Ingresos al Programa de Salud Mental en APS/Especialidad.

- **Sección O:** Egresos del Programa de Salud Mental por altas clínicas en APS/especialidad.
- **Sección P:** Programa de Rehabilitación (personas con trastornos psiquiátricos).
- **Sección Q**: Ingresos y egresos a Programa Infección por Transmisión Sexual.
- **Sección R:** Ingresos y egresos a Programa de VIH/SIDA.
- **Sección S:** Ingresos y egresos por comercio sexual.
- **Sección T:** Ingresos y egresos Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria.
- **Sección U**: Ingresos integrales de personas con condiciones crónicas en Atención Primaria.
- **Sección V:** Población usuaria PRAIS.
- **Sección V.1:** Población usuaria según calidad de acreditación.
- **Sección V.2**: Población usuaria total (universo).
- **Sección W:** Acreditación PRAIS.
- **Sección W.1:** Atención para acreditación PRAIS.
- **Sección W.2:** Acreditación PRAIS según ley, normativa y calidad de acreditación.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES DEL REM-A05

Sección A: Ingresos de gestantes a Programa Prenatal.

Definiciones conceptuales:

- Gestantes ingresadas: Corresponde a las gestantes que ingresan a control prenatal, (realizado por profesional Médico, Matrón(a) o Enfermera Matrona) sin importar las semanas gestacionales.
- Primigestas ingresadas: Corresponde a las mujeres que con un primer embarazo ingresan a control prenatal en APS.
- Gestantes ingresadas antes de las 14 semanas: Corresponde a las gestantes con menos de 14 semanas de gestación que ingresan a control prenatal en APS. Se debe considerar para el registro las gestantes que cuentan con respaldo de carnet de ingreso control prenatal realizado antes de las 14 semanas en el sector privado.
- Gestante con embarazo no planificado: Corresponde a las gestantes que ingresan a control prenatal en un establecimiento con nivel primario de atención.
- Ingreso por Traslado o Extrasistema: Corresponde a las Gestantes que ingresan a control prenatal por traslado desde otro establecimiento de salud o se incorpora desde el Extrasistema. (Hay que recordar que se debe realizar el egreso por traslado en el establecimiento de origen).

Definiciones operacionales:

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

Reglas de consistencia:

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

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

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

Definiciones conceptuales:

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

Recordar que las unidades de ARO tienen sus propias normas y flujos de derivación en cada SS, deben guiarse por estas.

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

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

Sección C: Ingresos a Programa de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas que ingresan al programa de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual, y acceden a diferentes métodos anticonceptivos e insumos para práctica sexual segura, con el fin de lograr una adecuada salud sexual y salud reproductiva.

Métodos de regulación de fertilidad: Dispositivo Intrauterino con cobre, Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel, Hormonal (Oral combinado y progestágeno, anillo vaginal, Inyectable combinado y progestágeno e Implante Etonogestrel 3 y 5 años) Preservativo masculino (Mujer y Hombre) y anillo vaginal.

- Anillo Vaginal: Es un anillo flexible, transparente, incoloro a casi incoloro, en general este compuesto por Estrógenos y Progesterona.

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, (as) LGBT, mujeres que ya no están en edad fértil). No considerar doble protección o entrega de preservativos a gestantes.

- Método de regulación de fertilidad más Preservativo: Corresponde a las personas que acceden a algún método anticonceptivo además del Preservativos, con el fin de lograr una mayor efectividad reduciendo la mortalidad materna-perinatal, el embarazo no planificado y prevención de Infecciones Transmisión Sexual (ITS).
- 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.
- Espacios amigables: Corresponde a las/los adolescentes atendidos en un Espacio amigable e ingresa al Programa de Regulación de Fertilidad y salud sexual.
- Ingreso por cambio de método anticonceptivo: Es aquella usuaria que ingresa a uso de un método anticonceptivo pero que ha cambiado de un método a otro, dentro de los disponibles en la red (Mencionados en el punto anterior).

- Inicio precoz de MAC nivel secundario y terciario: Corresponde a las personas que inician algún método anticonceptivo precozmente antes del alta de la maternidad o en alguna consulta de especialidad de nivel secundario. Se refiere a una caracterización de los ingresos, por lo que las personas que inician MAC en nivel secundario y terciario están incluidas en el total de regulación de fecundidad.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de personas que ingresan al programa de regulación de fertilidad, según método anticonceptivo y/o insumos para práctica sexual segura: edad y sexo de las personas que ingresan. La entrega de preservativos masculino a hombres y mujeres, son de uso masculino.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de regulación de fertilidad excluye Método de Regulación de Fertilidad más Preservativos, Gestantes que reciben preservativo, Lubricantes condón femenino.

R.2: Los ingresos por cambio de método anticonceptivo no se deben considerar en Total de regulación de fertilidad.

Sección C.1: Egresos de Programa de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual

Definiciones conceptuales:

Egresos del programa de regulación de fertilidad: Corresponde a las personas que se atienden en el Programa de Regulación de Fertilidad, en establecimientos APS, según los siguientes métodos anticonceptivos: Dispositivo Intrauterino de cobre, Dispositivo Intrauterino Medicado, Hormonal (Oral combinado y progestágeno, Inyectable combinado y progestágeno e Implante), Preservativo (Mujer y Hombre) y Anillo Vaginal.

Que, durante el mes informado, han permanecido inasistentes por más de 11 meses y 29 días. Después de un año de inasistencia de pérdida de vigencia del método (10 años para el DIU con cobre, 5 años para el DIU medicado y 3 años y 5 años para el implante) realizar dos visitas domiciliarias. Si después de realizada la última visita, la persona no asiste a control o se constata que no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro centro de salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido, se considera abandono de método y debe ser egresada/o y no considerada población bajo control.

Para el resto de los métodos anticonceptivos, al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa debe egresar del registro.

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.

También se debe considerar a las personas que deciden descontinuar el método de manera voluntaria o por indicación clínica, por traslado a otro establecimiento de la red, del mismo Servicio de Salud (SS) u otro, para continuar con su tratamiento. Generalmente, se produce por cambio de domicilio.

Definiciones operacionales:

Se registran los egresos totales del programa, desglosado por edad, tipo de método. No debe considerar los egresos por cambios de método.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de Egresos de regulación de fertilidad excluye Esterilización Quirúrgica, Método de Regulación de Fertilidad más Preservativos, Gestantes que reciben preservativo y Lubricantes.

Sección D: Ingresos a Programa Control de Climaterio

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Ingresos a Control de Salud de Recién Nacidos

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F: Ingresos y egresos a Sala de Estimulación Servicio Itinerante y Atención Domiciliaria.

Definiciones conceptuales:

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

a) Ingresos: Se registra el ingreso sólo por primera vez, a la modalidad de estimulación que lidera la intervención según el plan de trabajo, del equipo de salud.

- Ingresos a sala de estimulación: Corresponde a los niños y niñas que ingresan por primera vez a la sala de estimulación del establecimiento, que como resultado de la Evaluación de Desarrollo Psicomotor (realizado sólo por profesional de Enfermería) se detectó condición de rezago, riesgo o retraso u otra vulnerabilidad biopsicosocial que podría afectar su normal desarrollo. Se clasifican en: Normal con Rezago, Riesgo, Retraso, otra Vulnerabilidad.
- Sala de estimulación: Modalidad de estimulación dirigida a proporcionar atención clínica y psicoeducativa de tipo preventivo y promocional en establecimientos de salud primaria, para la recuperación de rezago y déficit, a través de la atención directa a niños(as) y sus familias en modalidad individual y grupal.
- Servicio itinerante**:** Modalidad de estimulación que ofrece experiencias de estimulación psicoeducativas de tipo preventivo y promocional a través de ejecución de planes de intervención al desarrollo integral de niños(as) y a sus familias, derivados con alteración al desarrollo psicomotor (rezago y déficit). Esta modalidad ejecuta atención directa individual y grupal, a niños y niñas que viven en lugares apartados y distantes del centro urbano de la comuna, siendo desarrolladas en espacios comunitarios (por ej.: postas, salas o sedes comunitarias), y se organizan en torno a un calendario estable de trabajo en terreno, similar a la modalidad de rondas médicas de salud.
- Atención domiciliaria: Modalidad de estimulación que ofrece experiencias de estimulación psicoeducativas de tipo preventivo y promocional a través de una secuencia de visitas de estimulación al domicilio de la niña o el niño que presente con rezago o déficit, realizadas por equipos técnicos y/o profesionales para implementar un servicio de estimulación oportuna en el hogar con severas dificultades de desplazamiento debido a las características del niño/a, de la familia y/o del territorio, siendo planificado de manera personalizada de acuerdo al tipo de diagnóstico del niño(a).

b) Egresos: Se registra bajo estas condiciones;

- Cumplimiento de tratamiento (Alta): Corresponde a los egresos de niños y niñas a los cuales se le realiza a totalidad el plan de trabajo elaborado en sala de estimulación al ingreso.
- Otros: Corresponde a los egresos de niños y niñas por otros motivos, distintos a los anteriores.
- Insistentes: Corresponde a los egresos de niños y niñas que cumplen con el plazo máximo de inasistencia a sesiones planificadas en modalidad de estimulación, y que tras las gestiones de recuperación no se reincorporan.
- La evaluación post cumplimiento del tratamiento: La realiza un profesional distinto al que lo atendió en la modalidad; los resultados de evaluación pueden ser:

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

Definiciones operacionales:

Se deben registrar los ingresos y/o egresos a salas de estimulación, servicio itinerante o atención domiciliaria (sólo uno de estos), según motivo, y resultados de las reevaluaciones de aquellos que cumplieron tratamiento.

Reglas de consistencia:

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

R.2: No pueden presentar una mayor cantidad de registros en los ingresos, según modalidad respecto al total de ingresos.

Sección F.1: Reingresos y egresos por segunda vez a modalidad de estimulación en el centro de salud.

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las actividades definidas y realizadas en el REM A03, sección A.3 y que se complementan en esta sección con los Egresos por las reevaluaciones, en la cual el resultado sea no recuperado.

- Reingresos: Corresponde al número de niños y niñas que, al ser reevaluados por primera vez, no se recuperaron en su desarrollo psicomotor, el cual debe ser reingreso a modalidad de estimulación, comenzar un nuevo plan de intervención y trabajo con el equipo de salud
- Egreso y resultados de la reevaluación: Corresponde a los egresos de niños y niñas atendidos en las modalidades: sala de estimulación, Servicio Itinerante o Atención Domiciliaria, y se clasifican en:
- Cumplimiento de tratamiento (Alta): Corresponde a los egresos de niños y niñas a los cuales se le realiza a totalidad el plan de trabajo elaborado en modalidad de estimulación al ingreso, cumpliendo los objetivos planteados.
- Otros: Corresponde a los egresos de niños y niñas por otros motivos, distintos a los anteriores.
- Insistentes: Corresponde a los egresos de niños y niñas que cumplen con el plazo máximo de inasistencia a sesiones planificadas en modalidad de estimulación, y que tras las gestiones de recuperación no se reincorporan.
- Evaluación post cumplimiento del tratamiento: La realiza un profesional distinto al que lo atendió en la sala; los resultados de evaluación pueden ser:
- Recuperados: Son todos los egresos de niños y niñas que cumplieron tratamiento y que, al ser reevaluados con test de desarrollo psicomotor, obtienen un puntaje global y de cada subprueba/áreas dentro de la categoría Normal.
- No Recuperados: Son todos los egresos de niños y niñas que cumplieron su tratamiento y que, al ser reevaluados con test de desarrollo psicomotor, obtienen un puntaje global y/o de cada subprueba/áreas por debajo de lo esperado para su edad

Definiciones operacionales:

Se deben registrar todos los reingresos y/o egresos por segunda vez de la modalidad de estimulación, según motivo, y resultados de las reevaluaciones por segunda vez de aquellos que cumplieron tratamiento.

Reglas de consistencia:

R.1: Los reingresos a modalidad de estimulación, según clasificación y edad no deben ser mayor a los niños(as) derivados como no recuperados registrados en el REM A03, sección A3.

Sección G: Ingreso de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de Baja Complejidad a control de salud en APS

Definiciones conceptuales:

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

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

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar los niños, niñas y adolescentes con Necesidades Especiales que ingresan al Control de Salud Infantil.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección H: Ingresos al Programa de Salud Cardiovascular

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas que ingresan a control en el Programa de Salud Cardiovascular porque cuentan con confirmación diagnóstica por médico, de una o más patologías o condiciones crónicas de origen cardiovascular, en los establecimientos de atención primaria, con el propósito de controlar y mantener un seguimiento periódico de su situación de salud.

Ingresos al PSCV: Corresponde al número de personas que ingresan al Programa Cardiovascular y que se registran por una única vez como ingresos, independiente que padezca más de un criterio de ingreso, o que con el tiempo desarrolle nuevas patologías o condiciones crónicas que se controlen en el programa.

Patologías o condiciones de Salud Cardiovascular: Corresponde a las condiciones de salud de las personas que ingresan a control cardiovascular en APS, por uno o más diagnósticos y/o condiciones de salud cardiovascular: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia, antecedentes de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, Enfermedad Renal Crónica o Fumador actual (tabaquismo).

Definiciones operacionales:

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

Patologías o condiciones de Salud Cardiovascular: Corresponde al registro de cada una de las patologías y/o condiciones de salud de la persona que ingresa en el mes correspondiente más las nuevas condiciones de salud de las personas que ya se encuentran bajo control pero que se pesquisan y confirman en el mes correspondiente.

Hipertensión Arterial: Registrar a personas que cumplen criterios diagnósticos de HTA, es decir, PAS mayor o igual a 140 mmHg y/o PAD mayor o igual a 90 mmHg. En personas con antecedente de Diabetes mellitus tipo 2 y/o albuminuria moderada o severa, el criterio de PAS es mayor o igual a 130 mmHg.

Diabetes Mellitus: Registrar a personas que cumplen criterios diagnósticos de diabetes según las definiciones técnicas vigentes.

Antecedentes de Enfermedad Cardiovascular: Registrar a personas que presenten cualquiera de las siguientes condiciones de salud: cardiopatía isquémica/IAM, cardiopatía hipertensiva, miocardiopatía, cardiopatía reumática y/o fibrilación auricular.

Antecedentes de Enfermedad Cerebrovascular: Registrar a personas que hayan tenido un ataque cerebrovascular, ya sea isquémico o hemorrágico.

Enfermedad Renal Crónica: Registrar a personas que cumplen criterios diagnósticos de enfermedad renal crónica según las definiciones técnicas vigentes

Tabaquismo: Personas que sean fumadores actuales, es decir, consumo diario de tabaco o consumo de forma ocasional.

Protocolo HEARTS: Registrar a personas con diagnóstico de hipertensión arterial, ya sea ingreso o bajo control, que inician uso de tratamiento estandarizado, según protocolo vigente.

Regla de consistencia:

R.1 El total de ingresos al PSCV puede ser igual o menor al total por sexo y edad declarado como Programa de Salud Cardiovascular.

Sección I: Egresos del Programa de Salud Cardiovascular

Definiciones conceptuales:

- Egresos del PSCV: Corresponde a las personas que terminan o cesan sus atenciones correspondientes a este programa crónico, por alguna de las siguientes causales:
- Egresos por abandono: Corresponde los pacientes que, durante el mes informado, han permanecido inasistentes en el Programa de Salud Cardiovascular en 11 meses 29 días, efectuándose en dicho período de inasistencia a lo menos tres acciones de rescate de inasistentes documentadas.
- Egresos por traslado: Corresponde a las personas que se trasladan a otro establecimiento de la red, del mismo Servicio de Salud (SS) u otro, para continuar con su tratamiento. Generalmente, se produce por cambio de domicilio.

- Egresos por fallecimiento: Corresponde a las personas que egresan del programa por fallecimiento, que puede ser por la o las patologías que se estaba tratando o por cualquier otra circunstancia.
- No cumple criterio: Toda aquella persona ingresada al PSCV, que deja de cumplir los criterios de ingreso, definidos en OT Programa Salud Cardiovascular, se debe registrar como causal de egreso, debido a que "No cumple criterio de permanencia en el Programa".
- Programa de Salud Cardiovascular: Corresponde a las personas que egresan del control crónico en APS, con uno o más diagnósticos cardiovasculares: Hipertensión Arterial, Estrategia HEARTS, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, ERC, antecedentes de enfermedad cardiovascular, Aterosclerótica por IAM y/o ACV, Fibrilación auricular o Fumador actual.

Definiciones operacionales:

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

Reglas de consistencia:

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

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

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la categorización de acuerdo a nivel de dependencia y al registro de ingresos y/o egresos al Programa de Atención domiciliaria a personas en condición de Dependencia Severa. Las personas que padecen una condición de dependencia se clasifican en personas con dependencia leve, dependencia moderada, dependencia severa (oncológicos y no oncológicos) y dependencia severa con lesiones por presión, resultado de la aplicación del Índice de Barthel o un certificado médico en el caso de niños cuando la condición no es susceptible de ser medida con este índice (ejemplo, dependencia de origen psíquico).

Definiciones operacionales:

Se registra el número de personas evaluadas y categorizadas con nivel de dependencia leve y moderada y aquellos evaluados con nivel de dependencia severa que ingresan y/o egresan del programa, según edad y sexo de las personas atendidas.

El número total de personas que padecen dependencia severa con lesiones por presión debe estar contenido en el número total de personas con dependencia severa oncológico o no oncológico.

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

Reglas de consistencia:

R.1: El número de dependientes severos con lesión por presión no debe ser mayor que el total de dependientes severo.

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

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas de 65 y más años que ingresan a control al programa de Personas Mayores, a los cuales se les aplica el Examen Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), prestación que incluye el examen de Funcionalidad del Adulto Mayor o Índice de Barthel (instrumento que evalúa el grado de dependencia basado en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria de las personas).

El EMPAM, es un instrumento predictor de funcionalidad de la persona mayor, su aplicación permite detectar en forma integral los factores de riesgo de la persona mayor que vive en la comunidad y que es autovalente, consta de dos partes, parte A y parte B. La parte A permite identificar si la persona mayor se encuentra en riesgo de dependencia. La parte B discrimina entre autovalente con o sin riesgo.

Al aplicar el EMPAM, la clasificación según condición de funcionalidad es:

- Autovalente (sin riesgo): Se considera aquella persona mayor autovalente con puntaje igual o mayor a 46 puntos de acuerdo con la pauta de evaluación que se encuentra en la parte B del EMPAM.
- Autovalente con riesgo: Se considera aquella persona mayor autovalente con puntaje igual o menor a 45 puntos de acuerdo con la pauta de evaluación que se encuentra en la parte B del EMPAM.
- Riesgo de dependencia: Es aquella persona mayor que obtiene el puntaje menor o igual a 42 de acuerdo a la pauta de evaluación que se encuentra en la parte A del EMPAM. A estas personas mayores se les debe aplicar un seguimiento bajo la modalidad de gestor de caso.

Aquellas personas mayores que requieran asistencia para la realización de sus actividades básicas de la vida diaria deberán recibir evaluación de capacidad funcional a través del Índice de Barthel.

La clasificación de la dependencia al aplicar el Índice de Barthel es:

- Dependencia leve: Corresponde a la persona mayor que, al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje mayor o igual a 60 puntos y menor a 100 puntos.
- Dependencia moderada: Corresponde a la persona mayor que, al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 40 y 55 puntos.
- Dependencia grave: Corresponde a la persona mayor que, al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 20 y 35 puntos.
- Dependencia total: Corresponde a la persona mayor que, al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje menor a 20 puntos.

Definiciones operacionales:

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

Reglas de consistencia:

R.1: Las personas clasificadas en "riesgo de dependencia" no incluyen el registro de las personas con "dependencia leve o moderada", ya que son registros excluyentes.

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

Definiciones conceptuales:

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

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

Definiciones operacionales:

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

Reglas de consistencia:

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

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

R.3: El número de personas mayores clasificadas por nivel de dependencia de acuerdo a la puntuación obtenida en el índice de Barthel que ingresan al programa de Personas Mayores, podrá o no ser el mismo que el número de estos que ingresan al programa de Atención Domiciliaria para personas en condición de Dependencia Severa.

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

Definiciones conceptuales:

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

- Ingresos a programa +AMA: Corresponde a un programa de reforzamiento de la APS, orientado a mejorar la capacidad individual y comunitaria para apoyar a las personas mayores y su red en el proceso de envejecimiento, prolongando su autovalencia.
- Egresos a programa +AMA: Una vez finalizado el programa que contempla 24 sesiones mixtas (o dos sesiones mixtas por semana por tres meses) y cumplan con la participación en al menos 18 sesiones mixtas, estos pacientes podrán ser egresados del programa.

Definiciones operacionales:

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

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

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

Regla de consistencia:

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

R.2: Egresos del programa que completan ciclo deben ser igual a la suma de los resultados de aplicación de Test Timed up and Go y cuestionario de funcionalidad (REM A 03).

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

Definiciones conceptuales:

Los ingresos al programa de Salud Mental deben ser realizados por profesional Médico a excepción de "violencia" los cuales pueden ser pesquisados e ingresados por cualquier profesional del equipo de salud. En el caso de Atención Primaria de Salud, también podrán ser ingresadas por otro profesional las personas que presenten riesgo intermedio/alto en las acciones de pesquisa y evaluación inicial realizadas por los miembros del equipo de salud.

Corresponde a las personas que se atienden por primera vez o reingresan a control en el Programa de Salud Mental, con el fin de controlarse.

Depresión Post Parto: Corresponde al episodio depresivo que comienza dentro de las 4 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.

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

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

   En el caso de violencia en la población infanto-adolescente incluye cualquier forma de maltrato y/o violencia física, sexual y/o psicológica a niños, niñas y adolescentes, que tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier relación interpersonal. Esto es toda forma de perjuicio, abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, que afecte el normal desarrollo de niños, niñas y adolescentes y que ocurra en un contexto familiar o de cuidado.[2]

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

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

d) 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.

a) Suicidio:

   - Ideación suicida: Abarca un continuo que va desde pensamientos sobre la muerte o sobre morir ("me gustaría desaparecer"), deseos de morir ("ojalá estuviera muerto"),

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

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.

b) 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).

c) Trastornos del Humor (afectivos): Depresión leve, Depresión moderada, Depresión grave, Depresión post parto, Trastorno Bipolar, Depresión refractaria, Depresión grave con psicosis y Depresión con alto riesgo suicida.

d) Trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotrópicas: Consumo Perjudicial de Alcohol, Consumo dependiente de Alcohol, Consumo perjudicial de Drogas, Consumo dependiente de Drogas y Consumo de Drogas y Alcohol

e) 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 y Otros trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

f) Trastornos de ansiedad

g) Trastorno de estrés postraumático: 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 despego 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 diagnostico "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.

h) Trastorno de Pánico: Son personas que presentan crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico), no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares, siendo por tanto imprevisibles. Es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor a morirse, a perder el control o a enloquecer.

   La duración de cada crisis es variable y va desde sólo unos minutos o persistir por más tiempo. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos.

   Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico. Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes, en circunstancias en las que no hay un peligro objetivo; no deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles y en el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve. Incluye ataques de pánico y estados de pánico.

i) 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 intenso 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.

j) 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.-).

k) 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.

l) Alzheimer y otras demencias (incluye Alzheimer): Los problemas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas:

- **Etapa 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, una 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.

- **Etapa Moderada**: 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.

- **Etapa Avanzada:** 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
- Trastorno Adaptativo
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Retraso Mental.
- Trastorno de personalidad.

m) Trastorno generalizado del desarrollo:

- Autismo
- Asperger
- Síndrome de RETT
- Trastorno Desintegrativo de la Infancia
- Trastorno generalizado del desarrollo no especifico

n) Epilepsia: Son aquellas personas que presentan comorbilidad con otros trastornos de salud mental.
o) Otras (ejemplo: tabaco, disolventes volátiles, u otras sustancias psicoactivas)

Definiciones operacionales:

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

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

Se registran sólo aquellas personas que presentan la condición de epilepsia y se encuentran recibiendo atenciones en el nivel primario de salud.

Reglas de consistencia:

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

R.2: En los "Ingresos al programa" como las "Personas con diagnósticos de trastornos mentales", se deberá registrar el número de personas que ingresan al programa, independiente del número de factores de riesgo, condicionantes o diagnósticos de trastornos de salud mental que tenga la persona.

R.3: Los ingresos de gestantes, madres de hijo menor de 5 años, de pueblos originarios y Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Programas SENAME, deben estar incluidos en los ingresos registrados según edad y sexo de las personas atendidas.

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

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

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

En las últimas columnas se registra el total de egresos por abandono, fallecimiento y traslado. Los egresos por estos conceptos NO deben estar contenidos en los grupos etario y sexos de las personas egresadas.

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

Reglas de consistencia:

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

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

R.3: El total de egresos por abandono, fallecimiento y traslado, no deben ser desagregados por sexo y edad.

Sección P: Programa de Rehabilitación (personas con Trastornos Psiquiátricos).

Definiciones conceptuales:

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

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

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección Q: Ingresos y egresos al Programa Infección por Transmisión Sexual (Uso de establecimientos que realizan atención de ITS)

Definiciones conceptuales:

- Ingresos: Corresponde a las personas que ingresan al programa en las unidades de atención de ITS, para manejo y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (morbilidad). Se consideran ITS las siguientes patologías: Sífilis, Gonorrea, Condiloma, Herpes, Chlamydias, Uretritis no gonocócica, Linfogranuloma, Chancroide y Otras ITS.
- Ingresos de TRANS: Se entenderá por persona TRANS aquella que teniendo un determinado sexo biológico se comporta, se viste o se identifica con el género opuesto. Esta definición incluye a las personas transgénero, travestis y transexuales.
    - **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.
- Egresos: Corresponde al total de personas que dejan de controlarse, ya sea por alta, fallecimiento o abandono.

- Egresos por alta: Corresponde a las personas que han sido dadas de alta por la patología que originó la consulta y no requieren controles posteriores por ninguna otra ITS.
- Egresos por abandono: Corresponde a las personas que, sin haber sido dadas de alta, dejan de acudir a control y abandonan el programa. Para esto se considera la inasistencia consecutiva a tres citaciones.

Definiciones operacionales:

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

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

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

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

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

Reglas de consistencia:

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

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

Sección R: Ingresos y egresos a Programa De VIH/SIDA (Uso exclusivo centros de atención VIH/SIDA)

Definiciones conceptuales:

- Ingresos: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a la atención VIH/SIDA en los establecimientos de salud de la Red asistencial, para atención clínica, manejo y

tratamiento del VIH/SIDA, indicando la condición de gestantes al momento del ingreso. Incluye a los recién nacidos hijos de madres VIH (+).

- Reingresos por abandono: Corresponde a las personas que habiendo estado en control por VIH alguna vez y egresado por abandono, se reintegran a la atención VIH/SIDA en los establecimientos de salud de la Red asistencial, para atención clínica, manejo y tratamiento del VIH/SIDA.
- Egresos: Corresponde al total de personas que, por alta, abandono de la atención o fallecimiento, no reciben atención.
- Egresos por fallecimiento: Corresponde a las personas que egresan de la atención por fallecimiento, que puede ser por la o las patologías que se estaba tratando o por cualquier otra circunstancia.
- Egresos por alta: Corresponde a los recién nacidos o lactantes hijos de madres VIH (+) que han sido dados de alta porque han completado estudio diagnóstico y son VIH (-).
- Evaluación de la Movilidad de Programa (Atención por VIH/SIDA): Considera los abandonos de controles, abandonos de tratamiento y abandonos de la atención y los traslados.
- Abandono de controles: Corresponde a las personas que no han asistido a su citación a control y que están Inasistentes a tres citaciones de rescate seguidas, en un plazo de 3 meses. Corresponde a aquellos usuarios/as que no se presentan a citación médica efectiva y permanecen inasistentes en los siguientes 6 meses consecutivos o más.
- Abandono de tratamiento: Corresponde a las personas que no han retirado tratamiento antirretroviral (TARV), en un período de 3 meses y que están inasistentes a tres citaciones de rescate seguidas. Corresponde a los usuarios/as que no han retirado tratamiento antirretroviral (TAR) (cualquier modalidad) en un periodo de 6 meses consecutivos o más.
- Abandono de la atención: Corresponde a las personas que no han retirado tratamiento antirretroviral (TARV), ni ha asistido a control en los últimos 3 meses, y está inasistentes a tres citaciones de rescate seguidas. (Deben cumplirse ambas condiciones). Corresponde a los usuarios/as que están en abandono de controles y de tratamiento para el período definido. Deben cumplir ambas condiciones descritas anteriormente.
- Egreso por traslado: Corresponde a la persona que deja de controlarse en un establecimiento con motivo de trasladarse a otro para continuar la atención. Este registro lo consigna el establecimiento de origen.
- Ingreso por traslado: Corresponde a la persona que ingresa desde otro establecimiento para continuar la atención. Este registro lo consigna el establecimiento que recibe el traslado.

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

Definiciones operacionales:

Se registra el número de ingresos y egresos de la atención por VIH/SIDA, según edad y sexo de las personas atendidas y por motivos de egresos.

En el total de egresos se registran todas las causas que produce el egreso de la atención por VIH/SIDA, es decir: alta, fallecimientos y abandono de la atención.

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

Reglas de consistencia:

R.1: El total de ingresos es la sumatoria de los ingresos por grupos de edad y sexo biológico de las personas atendidas. Las variables TRANS, pueblos originarios y migrantes está contenido en el total.

R.2: El total de egresos es la suma de los egresos por alta, por abandono de la atención o por fallecimiento.

Sección S: Ingresos y egresos por Comercio Sexual (Uso Exclusivo de Unidades Control Comercio Sexual)

Definiciones conceptuales:

- Ingresos al programa: Corresponde a las personas que ingresan a control de salud sexual, el cual es exclusivo para las personas que ejercen el trabajo o comercio sexual.
- Total egresos: Corresponde a las personas que han dejado de asistir al programa por causa de abandono o fallecimiento.
- Inasistentes: Corresponde a las personas que no han asistido a sus citaciones en el mes informado.

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

Definiciones operacionales:

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

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

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

Reglas de consistencia:

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

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

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

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

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

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección U: Ingresos integrales de personas con condiciones crónicas en Atención Primaria

Definiciones conceptuales:

Las definiciones conceptuales son las mismas del REM A01 Sección F.

Ingreso Integral: Corresponde al número de personas con condiciones crónicas estratificadas como riesgo leve (G1), riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3) que ingresan a cuidados integrales, por única vez.

El ingreso de las personas de alto riesgo (G3), se efectúa por una dupla de profesionales del equipo del sector, integrada por médico y profesional definido por el equipo de sector.

En el grupo de riesgo moderado (G2) y leve (G1), se pueden dar dos situaciones al momento de efectuar el ingreso:

Personas que se encuentran bajo control en uno o varios programas: Ingreso, lo realiza profesional definido por el equipo del sector.

Personas que ingresan por un primer diagnóstico de condición crónica: Ingreso lo realiza médico del sector

El profesional que se incorpora a la dupla, que efectúa junto al médico del sector el ingreso de las personas que se encuentran bajo control en alguno de los programas, podrá definirse en función de las temáticas principales en cada caso y/o los vínculos que la persona ya sostenga con profesionales del centro.

La actividad puede ser realizada en el establecimiento o en domicilio, cumpliendo criterios de calidad en la atención. El ingreso integral realizado fuera del establecimiento de salud de forma presencial, a lo menos debe contener las siguientes acciones:

- Anamnesis
- Examen Físico completo
- Revisión de exámenes
- Evaluación de componentes biopsicosocial y familiar
- Plan de cuidado integral consensuado

Se entiende que el ingreso integral realizado en domicilio con el objetivo de ingresar a la persona a la Estrategia de Cuidado Integral centrado en la persona, solo se registra en esta sección y no se duplica el registro como Visita Domiciliaria Integral (VDI).

Plan de cuidado elaborado: Corresponde al conjunto de acciones acordadas entre el profesional de salud y la persona con condiciones crónicas con el fin de generar una estrategia de cuidado integral que beneficie la salud de la persona. Dicho plan debe recolectar información y analizar en profundidad las necesidades físicas, psicológicas, psicosociales, espirituales, cognitivas, económicas y culturales de las personas.

Se incluye, además, el registro de la condición de beneficiario, pueblo originario, situación de migrante asociada, ingreso integral realizado en dupla (médico y otro profesional del equipo de salud definido por el equipo del sector), solo por médico, solo por otro profesional del equipo y/o si este fue efectuado en domicilio.

Gestión de Casos: Se refiere al proceso de seguimiento y acompañamiento a las personas en su proceso de gestión del cuidado de su salud, manteniendo un contacto cercano y periódico que permita conocer la experiencia de las personas en el desarrollo de acciones para su automanejo y cuidados. Conlleva la planificación, coordinación, activación de los recursos, facilitación y promoción, y el aseguramiento de la oportunidad en la ejecución, seguimiento y registro de las prestaciones indicadas en el plan de cuidados consensuado.

Ingreso Riesgo Alto (G3): Corresponde al número de personas con 5 o más condiciones crónicas ponderadas, estratificadas como Riesgo Alto (G3) que ingresan a gestión de casos por única vez.

Ingreso Riesgo Moderado (G2): Corresponde al número de personas con 2 y hasta 4 condiciones crónicas ponderadas, estratificadas como riesgo moderado (G2), que ingresan a gestión de casos por única vez, considerando que presentan además los siguientes antecedentes:

- Atención en tres o más especialidades en el nivel secundario.
- Dos o más consultas en servicios de urgencia hospitalarios, por descompensación de su condición de cronicidad, en los últimos seis meses.
- Dos o más hospitalizaciones por descompensación de su condición de cronicidad en los últimos seis meses.

- Atención en servicios de urgencia hospitalaria y/u hospitalización por IAM, ACV, ICC descompensada y úlcera de pie diabético infectada

Egreso Riesgo Alto (G3): Corresponde al número de personas con 5 o más condiciones crónicas ponderadas, estratificadas como Riesgo Alto (G3) quienes según su plan de cuidado consensuado hayan mostrado:

- Acciones acordadas en el plan, que deriven en procesos de cambio significativos, referidos por la persona como experiencias de bienestar.
- Mantenimiento en el cambio al momento de su reevaluación a los 6 meses, referido por la persona en la descripción de sus acciones cotidianas de automanejo y cuidado de su salud.
- Claridad respecto de su esquema de fármacos, lo que se distinguirá a partir de su relato sobre su administración.

Egreso Riesgo Moderado (G2): Corresponde al número de personas con 2 y hasta 4 condiciones crónicas ponderadas, estratificadas como Riesgo Moderado (G2) quienes según su plan de cuidado consensuado hayan mostrado:

- Acciones acordadas en el plan, que deriven en procesos de cambio significativos, referidos por la persona como experiencias de bienestar.
- Mantenimiento en el cambio al momento de su reevaluación a los 6 meses, referido por la persona en la descripción de sus acciones cotidianas de automanejo y cuidado de su salud.
- Claridad respecto de su esquema de fármacos, lo que se distinguirá a partir de su relato sobre su administración.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas de 15 años y más que ingresan al control de cuidados integrales, con riesgo leve (G1), riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3), según tramo de edad y sexo.

Si la persona que recibe ingreso integral no se encuentra previamente ingresada al programa de salud correspondiente según la(s) condición(es) de salud que esa persona presenta, el profesional debe marcar el ingreso de la persona al(los) programa(s) de salud respectivos. Esto se mantendrá mientras ocurra la transición desde la lógica programática centrada en la persona.

También se registra los planes de cuidados individuales elaborados de consenso por cada estrato o nivel de riesgo.

Reglas de consistencia:

R.1: El número de ingresos estratificado por riesgo del periodo debe ser igual al número de planes de cuidado según riesgo.

R.2: Beneficiarios, pueblos originarios, migrantes, ingreso integral realizado en dupla (médico y otro profesional), solo por médico, solo por otro profesional del equipo de salud y/o si este fue efectuado en domicilio, deben estar contenidos en los grupos de edad y sexo de las personas atendidas.

R.3: La sumatoria de quien realizó el ingreso (dupla, solo médico o solo profesional no médico) debe ser igual al total de ingresos según el riesgo.

Sección W: Acreditación PRAIS

Sección W.1: Atención para acreditación PRAIS.

Definiciones conceptuales:

Corresponde exclusivamente a la atención para determinar el acceso al programa.

Esta atención, puede ser realizada por un profesional o en dupla; implica la revisión de documentos y la realización de una entrevista en profundidad, respecto de la experiencia represiva y el impacto que esta ha tenido tanto en la vida del entrevistado como en los miembros de su grupo familiar, estableciéndose en esta instancia los alcances de la reparación para dicho grupo en particular.

A su vez, se explica al usuario (a) los alcances de este derecho a la reparación y se hace entrega de la credencial que acredita su incorporación al programa y se registra la marca PRAIS en la plataforma Fonasa. Posteriormente, a partir del levantamiento de necesidades llevado a cabo en esta instancia, se realizan las derivaciones correspondientes al equipo especializado.

Definiciones operacionales:

La atención para Acreditación PRAIS puede ser realizada de forma individual o en dupla por los integrantes del equipo; Asistente Social; Psicólogo (a). En cualquier caso (individual o dupla) se debe registrar la atención de cada integrante que realiza y/o participa en el REM PRAIS-02, Sección D, Consultas de profesionales no médicos.

El registro corresponde a la cantidad de personas acreditadas según grupo de edad, sexo, total de "Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Población SENAME", y total de "Pueblos Originarios".

En el campo de total de "Beneficiarios" no es necesario su registro, pues en esas celdas la planilla se asigna automáticamente al total de ambos sexos, ya que, por definición de la política pública de reparación todos los usuarios PRAIS son "Beneficiarios" independiente de su previsión.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de usuarios acreditados es la suma de las personas acreditadas de forma individual por Asistente Social, más las personas acreditadas de forma individual por Psicólogo (a), más las personas acreditadas en dupla (Asistente Social; y Psicólogo (a)).

R.2: El total de pueblos originarios y migrantes declarados debe ser igual o menor al total de registro por edad y sexo.

R.3: El total de "Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Programas SENAME", debe ser menor al total de registros.

Sección W.2: Acreditación PRAIS según Ley, Normativa y calidad de acreditación.

Definiciones conceptuales:

La población usuaria PRAIS son todas aquellas personas y grupos familiares reconocidos y mencionados en las leyes de reparación 19.123,19.992,19.980, 20.405, Norma Técnica N°88 resolución exenta N°437, 30 de junio 2006.

Considerando la transversalidad y transgeneracionalidad del daño en la salud, la definición de la población beneficiaria se establece a partir del concepto de Afectado Directo, es decir, la persona que fue sometida individualmente a la experiencia represiva traumática y la o las personas que formaban su grupo familiar inmediato al momento de ocurrencia del evento represivo. El grupo familiar inmediato se entiende constituido por las personas con quienes se compartían el sustento económico, la comida y el vivir cotidiano. En consecuencia, son beneficiarios del programa de atención en salud para personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el período de 1973 – 1990, las siguientes personas:

- El afectado directo
- La pareja (cónyuge/ conviviente) del afectado directo
- Los hijos del afectado directo

Considerando el sentido de la reparación en salud de este programa y el compromiso asumido con las víctimas de la represión política, se establece como población beneficiaria a todas las personas y su grupo familiar, afectadas por alguna o algunas de las siguientes formas de represión ejercida por el Estado entre el 11 de septiembre de 1973 y el 10 de marzo de 1990:

- Detención con desaparición
- Ejecución política
- Tortura
- Prisión política
- Exilio / Refugio político
- Relegación
- Clandestinidad por persecución política
- Exoneración por causa política

El universo de población usuaria PRAIS corresponde a todas aquellas personas y grupos familiares acreditados por los dispositivos de especialidad PRAIS pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

De acuerdo con las definiciones anteriores, los conceptos definidos para el registro de las personas que están acreditadas (o en proceso de acreditación) como usuarios(as) PRAIS de la Sección A.1 y

Sección B.1, se definen como:

- Calidad de la Acreditación: Índice, Afectado directo, Beneficiario, sin registro de la calidad de la acreditación y sin ningún tipo de información.
- Eventos represivos: Art. 7° Ley 19.990; Ley 19.123, ley 19.980, ley 20.405 (DD Y EP), Ley 19.992, ley 20.405 (Prisión política y tortura), Ley 19.965, Trabajador DDHH.
- Ingresado antes 30/08/2003: Exilio, Exoneración Política, Ex preso político, Otros.
- Eventos represivos Norma Complementaria (N°88): Exilio, Relegación, Clandestinidad, y Exoneración Política

Definiciones operacionales:

Este registro corresponde a los nuevos ingresos, es decir a los usuarios acreditados en el mes que se reporta considerando lo siguiente:

- Para cada grupo indicado en la columna de Calidad de la Acreditación (Índice, Afectado directo, Beneficiario), se registra la cantidad de usuarios acreditados según evento represivo perteneciente al Artículo 7° de la Ley 19.980 y a la Norma Complementaria (N°88).
- Para el registro de la cantidad de usuarios que tienen identificado su evento represivo y su calidad de la acreditación que está en proceso, se registra en la fila de "sin registro de calidad de la acreditación".
- de la misma forma, el registro de la cantidad de usuarios que están en proceso de identificación de su evento represivo y calidad de la acreditación, se registran en la fila y columna indicada como "sin ningún tipo de información".

Reglas de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia

REM A06: PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES

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

Secciones del REM A06

- **Sección A.1:** Controles de Atención Primaria/Especialidades.
- **Sección A.2:** Consultorías de salud mental en APS.
- **Sección A.3:** Consultorías de Salud Mental otorgado por el nivel de especialidad
- **Sección B.1:** Actividades grupales (número de sesiones).
- **Sección B.2:** Programa de Rehabilitación (personas con trastornos psiquiátricos)
- **Sección B.3:** Actividades psiquiatría forense para personas en conflicto con la justicia.
- **Sección B.4:** Dispositivos de salud mental.
- **Sección C.1:** Actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria.
- **Sección C.2:** Informes a tribunales.
- **Sección D:** Planes y evaluaciones Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria.
- **Sección E:** Personas con evaluación y confirmación diagnóstica en APS
- **Sección F:** Evaluaciones Programa Plan Nacional de Demencia
- **Sección G:** Evaluación Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)
- **Sección H:** Consulta de Salud Mental por el nivel de especialidad
- **Sección I:** Rescate de pacientes Programa Salud Mental
- **Sección J:** Tiempos de espera en Salud Mental de APS

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

Sección A.1: Controles de Atención Primaria/Especialidades

Definiciones conceptuales:

En el nivel de Atención Primaria de Salud:

- Control de Salud Mental*:* Es la intervención individual realizada por profesionales del equipo de sector con formación en salud mental, médica, técnica y/o gestor comunitario. Esta intervención es realizada en el contexto de tratamiento individual, a personas consultantes, sus familiares y/o cuidadores. Incluye elaboración de plan de cuidados integrales (PCI), psicoterapia individual (cuando corresponda), control y seguimiento para evolución, psicoeducación, entre otras actividades.
- Intervención Psicosocial Grupal: Es la intervención grupal realizada en el contexto de la atención integral de personas que ingresan a tratamiento por algún condicionante de la salud mental, factor de riesgo y/o trastornos mentales. Esta intervención se enmarca en el Plan de Cuidado Integral y es parte de los controles de salud mental, siendo realizado por profesionales del equipo de sector, médico, técnico y/o gestor comunitario. Su realización se enmarca en el modelo de atención integral, considerando el enfoque por curso de vida y otros enfoques pertinentes al territorio donde las personas viven.

En el nivel de Secundario:

- Controles de Salud Mental: Es la intervención ambulatoria individual realizada por el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría. Esta intervención es realizada a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores. Incluye consejería, evaluación diagnóstica psicosocial y clínica, indicación de tratamiento, control, elaboración de plan de cuidados integrales (PCI) y seguimiento para evolución, psicoeducación, entre otras.
- Intervención Psicosocial Grupal: Es una acción terapéutica realizada por integrantes del equipo con un grupo de entre dos y doce personas, de acuerdo con su curso de vida.

  Su objetivo se enmarca en el Plan de Cuidados Integrales y puede ser: otorgar apoyo emocional, educación para el autocuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar de la persona, apoyo para la rehabilitación psicosocial e inclusión socio comunitaria, identificando y potenciando los recursos familiares. Puede ser realizada en establecimientos de salud o en espacios comunitarios .Incluye: psicoeducación, talleres de desarrollo de habilidades (comunicación asertiva, manejo del estrés, normas de crianza, desarrollo personal, resolución de conflictos, etc.), Actividades de entrenamiento de habilidades (conciencia de enfermedad y adhesión al tratamiento; cognitivas como, por ejemplo: atención, concentración, memoria y funciones superiores; para la vida diaria como, por ejemplo: autocuidado e instrumentales, sociales, ocupacionales y laborales). Actividades de entrenamiento en comportamientos de autoayuda y actividades de motivación para la participación social y comunitaria. De no ser factible la realización presencial de esta prestación se podría llevar a cabo de manera remota, considerando variables terapéuticas y de conectividad que permitan la interacción a distancia,

además de un número de participantes que favorezca el desarrollo del objetivo de esta modalidad de intervención.

- Psicodiagnóstico: Es la evaluación otorgada por Psicólogo, en el nivel secundario, a un paciente referido para complementar diagnóstico psicológico. Incluye aplicación de test psicológicos, su análisis y elaboración del informe correspondiente. Debe ser atendido según plan de cuidados integrales (PCI).
- Psicoterapia Individual: Es la intervención terapéutica, otorgada por Médico Psiquiatra o Psicólogo con formación certificada en psicoterapia, en la atención secundaria, a personas en tratamiento por trastornos mentales, según plan de cuidados integrales (PCI).
- Se incluye, además, el registro de la condición diagnosticada de demencia, la cual corresponde a una condición adquirida y crónica, caracterizada por un deterioro de diversas funciones cerebrales, sin distinción de sexo y situación económica, que se acompaña de síntomas cognitivos, psicológicos y cambios conductuales., cuyos síntomas repercuten en la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades habituales, pudiendo requerir apoyo de terceros e incluso comprometer su autonomía y participación familiar y social.

Definiciones operacionales:

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

Para la intervención psicosocial grupal, se debe registrar el total de participantes que asisten en cada sesión realizada. Por ejemplo, si en un mes un establecimiento realizó sólo dos intervenciones psicosociales grupales, una en el contexto de las personas en tratamiento por depresión y otra por alcohol y drogas, y los participantes que asistieron por depresión fue en la 1ª sesión 12 personas, la 2ª sesión 11, 3ª sesión 10, y 4ª sesión 11, se contabilizan 44 por depresión, mientras que los participantes que asistieron por alcohol y drogas fue en la 1ª sesión 12, la 2ª sesión 12, 3ª sesión 8, y 4ª sesión 6, se contabilizan 38 por alcohol y drogas, por ello se registran la sumatoria de ambos 82.

Se debe registrar el número total de participantes a todas las intervenciones psicosociales grupales que se realizaron en ese mes, diferenciado por tramos etarios.

Regla de consistencia:

R.1: Todo registro que se realice en esta Sección, por profesional Psicólogo, NO debe replicarse en el REM A07, Sección C.

R.2: El registro de las prestaciones de psicodiagnósticos y psicoterapia individual sólo deben realizarse en la atención secundaria.

R.3: La psicoterapia realizada en APS, debe registrarse en la celda correspondiente a control realizado por psicólogo/a.

R. 4: Las intervenciones psicosociales grupales en APS, en un contexto de promoción o prevención de problemas de salud mental se registran en la sección destinada para ello (Sección A/REM A27).

R.5: Beneficiarios, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Población SENAME, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Mejor Niñez pueblos originarios, migrantes, Espacios Amigables, TRANS Femenino/Masculino deben estar incluidos en los grupos de edad y sexo de las personas atendidas.

Sección A.2: Consultorías de Salud Mental en APS.

Definiciones conceptuales:

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

La Teleconsultoría, es la entrega de la misma prestación, pero realizada a distancia entre los Equipos de Atención Primaria y Especialidad, quienes logran la comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del usuario que puede o no estar presente. Es una consultoría que utiliza medios tecnológicos que permiten llegar a lugares remotos, o para los cuales los recursos disponibles no permiten realizarla presencialmente.

Definiciones operacionales:

Consultorías recibidas: Corresponde registrar las consultorías recibidas en APS, otorgadas por el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría del nivel de especialidad. Estas se desagregan en: consultorías de salud mental infanto-adolescente y Consultorías de salud mental adulto.

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

Teleconsultorías recibidas: Corresponde registrar las Teleconsultoría recibidas en APS, otorgadas por el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría del nivel de especialidad a través de Tecnologías de Información y Comunicación.

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

En la columna de personas con sospecha de demencia, corresponde registrar a las personas que aún no presentan confirmación diagnóstica por esa condición y reciben consultoría. En la columna de personas con diagnóstico de demencia, corresponde registrar a las personas que cuentan con diagnóstico de demencia y reciben consultoría.

Regla de consistencia:

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

R.2: El número Total de casos revisados deben ser mayor o igual al total de Teleconsultorías recibidas.

Sección A.3: Consultorías de Salud Mental, otorgado por el nivel de especialidad

Definiciones conceptuales:

Es una actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad y el equipo de salud de atención primaria, con la finalidad de garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria, potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario y mejorar la referencia y contra referencia de personas entre ambos niveles de atención. Se puede realizar con o sin la persona usuaria presente.

Esta actividad se enmarca en el Plan de Cuidados Integrales (PCI), se debe realizar preferentemente de manera presencial y excepcionalmente por telemedicina, cumpliendo con los criterios y normas establecidos. Se espera que esta actividad sea desarrollada por dos o más integrantes del equipo de especialidad de salud mental, uno de los cuales sea el médico psiquiatra o del nivel de especialidad.

- Consultoría Otorgada: Consultoría de salud mental llevada a cabo por el equipo de un centro de especialidad de salud mental a un equipo de un establecimiento de atención primaria de salud. Esta consulta puede ser llevada a cabo de manera presencial o a través de Teleconsultoría.
- Casos Revisados: Número de casos que son revisados en la consultoría de salud mental entre el equipo de especialidad con el equipo de APS, cuyo registro se debe consignar en la ficha clínica del usuario.
- Participantes: Integrantes del equipo del centro de especialidad de salud mental que tiene intervención en la consultoría de salud mental con el equipo de APS. Acá es importante consignar si la consultoría es llevada cabo según los criterios de calidad definidas en las OOTT de consultoría de Salud Mental.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de consultorías realizadas por el equipo de especialidad hacia el equipo de APS respectivo.

Reglas de consistencia:

R.1: Las consultorías realizadas por los médicos psiquiatras deben también registrarse en el REM A07, Sección A.

Sección B.1: Actividades Grupales (número de sesiones)

Definiciones conceptuales:

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

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

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

Definiciones conceptuales:

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

Incluye:

- Seguimiento personalizado del plan individual de tratamiento integral.
- Sesiones individuales, familiares y grupales orientadas a recuperar y reforzar capacidades y habilidades para una vida autónoma.
- Actividades centradas en la vida diaria al interior del hogar, en la comunidad y de reinserción socio-laboral.

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

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

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

Definiciones operacionales:

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

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

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

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

Definiciones conceptuales:

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

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

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

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

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

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

Definiciones operacionales:

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

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

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.4: Dispositivos de Salud Mental

Definiciones conceptuales:

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

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

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

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

Definiciones operacionales:

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

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

- En hogar y residencia protegidos, se incluyen los días que los pacientes se ausenten temporalmente por motivos de vacaciones, visitas a familiares, hospitalizaciones de corta estadía, entre otras.
- Número de personas atendidas: Corresponde al número de personas atendidas en los diferentes dispositivos, según rango de edad definido.
- Días de estada: Corresponde al número de días de estada en que el paciente permaneció internado en un dispositivo en el periodo, considerando la diferencia que se produce entre la fecha de egreso y fecha de ingreso de la persona.

- Número de egresos: Corresponde al número de personas que egresan de las unidades en el periodo informado.
- Personas en lista de espera: Corresponde al número de personas que están lista de espera, para ingresar a los distintos tipos de dispositivos.
- En hospital psiquiátrico diurno, se incluyen los días que los pacientes se ausenten temporalmente por motivos terapéuticos, por incapacidad física o por otras causales justificadas.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

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

Definiciones conceptuales:

Las actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria son estrategias de intervención que se concentran en acciones de articulación con los dispositivos de la red de salud como con los dispositivos de la red psicosocial ampliada e intersectorial.

Los dispositivos de vinculación de la red de salud en el contexto de las Redes Integradas de Salud (RISS) son los dispositivos de especialidad como los Centros de Salud Mental Comunitaria, COSAM, CESAM, servicios de psiquiatría ambulatoria, entre otros.

Los dispositivos de vinculación de la red intersectorial son las Oficinas de Protección de Derechos de infancia y adolescencia (OPD) vinculadas a las comunas y SENAME, los centros de la mujer que están centrados en contribuir en el ámbito local, a reducir la violencia contra la mujer, los centros están vinculados a las comunas y SERNAM, escuelas y colegios, Programas Habilidades para la Vida de JUNAEB, SENADIS, JUNJI, SENDA-Previene, entre otros dispositivos y programas.

Es importante realizar acciones de vinculación con organizaciones comunitarias, de familiares y de usuarios con el propósito de articulación y tener la oportunidad de indagar y explorar con la comunidad espacios de detección de familias con integrantes con alto riesgo que no han consultado con los dispositivos de salud.

Definiciones operacionales:

Las diversas actividades de coordinación pueden ser realizadas en establecimientos de salud de atención ambulatoria, en unidades de hospitalización, en dispositivos comunitarios (centros diurnos, casas club, clubes de integración social, otros) o en espacios propios de la comunidad. Se entiende una reunión de duración de 60 minutos por cada usuario del programa. Reuniones de duración inferior a los 60 minutos no debieran ser registradas.

En la columna de personas con sospecha de demencia, corresponde registrar a las personas que aún no presentan confirmación diagnóstica por esa condición y reciben consultoría. En la columna de

personas con diagnóstico de demencia, corresponde registrar a las personas que cuentan con diagnóstico de demencia y reciben consultoría.

- Reuniones con instituciones del sector salud Programa Acompañamiento Psicosocial de la APS: Corresponde a las reuniones que se realizan en el marco del Programa de Acompañamiento Psicosocial con instituciones del sector salud, distintas del propio centro de salud en donde se ejecuta el programa. Entre las instituciones se encuentran Centros de Salud Mental Comunitaria, servicios de psiquiatría de hospitales, CRS, CDT, unidades de hospitalización de corta estadía, etc.
- Reuniones con instituciones del intersector Programa Acompañamiento Psicosocial: Corresponde a las reuniones que se realizan en el marco del Programa de Acompañamiento Psicosocial con instituciones del intersector, distintas de instituciones del sector salud. Entre estas instituciones se encuentran establecimientos educacionales, jardines infantiles, Oficinas de Protección de Derechos (OPD), instituciones del SENDA, SERNAM, SENAME, entre otras.
- Reuniones con organizaciones comunitarias Programa Acompañamiento Psicosocial: Corresponde a las reuniones que se realizan en el marco del Programa de Acompañamiento Psicosocial con organizaciones comunitarias. Entre estas organizaciones se encuentran grupos de autoayuda, juntas de vecinos y organizaciones de tipo funcional y territorial, entre otras.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.2: Informes a tribunales

Definición conceptual:

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

Definición operacional:

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

Regla de consistencia:

R.1: La sumatoria de los informes desagregados por edad debe ser igual al Nº de Informes.

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

Definiciones conceptuales:

El programa considera la elaboración participativa con el/la usuario/a de un Plan de Acompañamiento que se encuentre vinculado con el Plan de Cuidado Integral (PCI). Este Plan incorporará las áreas a intervenir, los objetivos y las actividades que se realizarán en el proceso de intervención del acompañamiento psicosocial, el cual se implementará en el periodo que va entre los 9 y los 12 meses, según las necesidades de cada uno de los/as usuarios/as y familias ingresados/as al programa. En este periodo, se debe realizar el plan de prestaciones mensual que incluyen visitas domiciliarias, contactos telefónicos regulares, actividades de coordinación y participación con el equipo de salud, reuniones de sector, reuniones clínicas, consultorías de salud mental, entre otros.

Al finalizar el proceso, se deberá realizar una evaluación de este Plan de Acompañamiento a las personas que egresan del Programa, consignando los/as usuarios/as que egresan con una mejoría de su Plan de Acompañamiento. Esta evaluación debe ser realizada entre el Equipo de Salud y los/as usuario/as.

Junto a la evaluación del Plan, también se llevará a cabo una Evaluación Participativa del proceso, la cual debe ser elaborada por el equipo de salud, el/la usuario/a y familiar directo cuando corresponda. Esta actividad evalúa el proceso de atención y se diferencia del Plan de Acompañamiento que evalúa el cumplimiento de los objetivos del/a usuario/a y su familia.

Definiciones operacionales:

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

Plan de Acompañamiento con mejoría al Egreso del Programa: Corresponde a los planes de acompañamiento que posterior a la evaluación final presentan una mejoría, según la opinión del equipo de salud, del/a usuario/a y de familiar en los casos que corresponde. Solo se consignan los usuarios que se evalúan con mejoría. Cada usuario que egresa debe contar con esta evaluación, la cual debe ser registrada por una sola vez, independiente de las sesiones en las cuales se lleva a cabo.

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

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Personas con evaluación y confirmación diagnóstica en APS

Definición conceptual:

La evaluación y confirmación diagnóstica es la entrevista que se realiza a una persona tras la sospecha de problemática o trastorno de salud mental. Puede ser realizada por 1, 2 o 3 profesionales del área de la salud mental y tiene como objetivo realizar el diagnóstico clínico de la problemática y/o trastorno de salud mental de acuerdo con los criterios del CIE-10, para luego determinar el nivel de cuidados que requiere la persona.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número de evaluación diagnósticas realizadas, el N° de profesionales que participaron en la prestación, y el N°. de confirmación diagnósticas.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia

Sección F: Evaluaciones Programa Plan Nacional de Demencia

Definiciones conceptuales:

Personas con demencia con evaluación de deterioro global (GDS Reisberg): Asociada a la medición de la mejora, mantención o disminución de funciones cognitivas, sociales y de la vida diaria en personas con demencia. La escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS), es una medida global generalizable y ampliamente aplicable para la evaluación del deterioro cognitivo y funcionalidad secundario a la demencia.

Se propone que se divida en tres ámbitos, mejora, mantención y disminución de este indicador en las personas con demencia en un período de tiempo. Esta medición es aplicable a los Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia de la red salud y forma parte de los indicadores de propósito de este programa, que es parte del seguimiento de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social.

Cuidadores que disminuyen sobrecarga asociada al cuidado de personas con demencia: Asociada a la medición de la sobrecarga y estrés en familiares/ terceros significativos que cuidan a personas con demencia. Para ello se analizan los resultados de la Escala de Cambio Percibido y del Test NPI (área angustia cuidador).

Esta medición es aplicable a los Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia de la red de salud y forma parte de los indicadores de propósito de este programa, que es parte del seguimiento de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social.

Cuidadores/familiares que evalúan positivamente el apoyo recibido por el programa Plan Nacional de Demencia: Asociada a la medición de la satisfacción usuaria en familiares/ terceros significativos que cuidan a personas con demencia. Para ello se analizan los resultados de la Escala de Satisfacción Usuaria del Plan Nacional de Demencia.

Esta medición es aplicable a los centros de centros de APS y especialidad de la red de salud y forma parte de los indicadores de propósito de este programa, que es parte del seguimiento de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el aumento, mantención o disminución del deterioro global de la persona con demencia, en un periodo de intervención, analizado con aplicación de GDS de Reisberg.

Se registra el aumento, mantención o disminución de la sobrecarga asociada al cuidado de personas con demencia, asociada a la aplicación de Escala de Cambio Percibido y NPI (Angustia)

Cuantificación de la variable satisfacción de usuaria en familiares/cuidadores de personas con demencia.

Reglas de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección G: Evaluación Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)

Definiciones conceptuales:

Evaluación diagnóstica integral (EDI): Corresponde a la actividad conjunta de evaluación que realiza el equipo de APS. Tiene la función de detectar o descartar la presencia de un problema o trastorno de salud mental considerando todas las áreas de la vida del niño o niña. Así también, busca efectuar un diagnóstico adecuado, establecer el plan de cuidado y dirigir las intervenciones futuras.

Es importante que el médico participe de la evaluación diagnóstica integral junto a otro profesional del área psicosocial para resguardar la integralidad de la evaluación. Este proceso de evaluación puede ser realizado en más de una sesión.

Definiciones operacionales:

Se registra el total de evaluaciones diagnósticas integrales realizadas por equipo biopsicosocial o equipo psicosocial. Se registrará una evaluación diagnóstica integral por niño o niña evaluado(a), aunque la evaluación se realice en más sesiones:

- Equipo biopsicosocial: Participa el médico y profesional(es) del área psicosocial (al menos psicólogo/a).
- Equipo psicosocial: Participan dos o más profesionales del área psicosocial (al menos psicólogo/a).

Posteriormente se registra el resultado de la EDI, presentando 3 opciones de registro:

- Requiere tratamiento en APS
- Requiere tratamiento en nivel secundario

- No Requiere tratamiento de salud mental

Regla de consistencia:

R.1: El total de registros por tipo de equipo, y por tipo de resultado de la EDI, no puede ser inferior al total de niños(as) con evaluación diagnóstica integral ("Ambos sexos").

Sección H: Consulta de Salud Mental por el nivel de especialidad.

Definiciones conceptuales:

Consulta de ingreso por Equipo de Salud Mental: Es una actividad que permite recopilar la mayor cantidad de información y antecedentes de la persona ingresada, valorar su condición actual y la de su familia o cuidador/a para iniciar el proceso de evaluación diagnóstica transdisciplinaria (anamnesis, examen físico y mental, hipótesis y confirmación diagnóstica, indicación terapéutica, solicitud de exámenes).

En esta consulta se inicia la elaboración conjunta (equipo y persona usuaria) del Plan de Cuidados Integrales (PCI), definiendo las primeras medidas terapéuticas para el proceso de recuperación.

Esta actividad es desarrollada por dos o más integrantes del equipo, uno de los cuales es el médico psiquiatra o general. Debido a la situación de contingencia de falta de médicos especialistas y las metas de resolución de lista de espera, para el año 2020 se decide que esta actividad tenga una duración de 45 minutos, para optimizar la cantidad de personas que puedan ingresar a tratamiento a los centros de atención de especialidad de la red.

Consulta nueva: Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución a un problema de salud.

Cada primera atención de un paciente generado por una interconsulta es una consulta nueva por la especialidad que realiza la atención, independiente que el paciente haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.

Definiciones operacionales:

La "Consulta nueva" se registra el total de consultas nuevas en nivel de especialidad.

Regla de consistencia:

R.1: Beneficiarios, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Población SENAME, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Mejor Niñez, pueblos originarios y migrantes deben estar incluidos en los grupos de edad y sexo de las personas atendidas.

Sección I: Rescate de pacientes Programa Salud Mental

Definiciones conceptuales:

En esta sección se registra la actividad que se realiza para reincorporar a los pacientes que han permanecido inasistentes en el Programa de Salud Mental.

Definiciones operacionales:

Rescate en domicilio: En estas columnas se debe registrar el número de rescates de pacientes en terreno que realiza el funcionario Técnico Paramédico, administrativo u otro.

Rescate telefónico: Se debe registrar el rescate realizado a través de llamada telefónica efectiva, desde el establecimiento, o bien si es realizado por empresa contratada a través de la modalidad de compra de servicio.

Las actividades que son resueltas mediante compra de servicio no deben ser incluidas como producción del establecimiento.

Reglas de consistencia:

El total corresponde a la suma de los rescates en domicilio y rescates telefónicos, excluyendo en ambos la compra de servicio.

Sección J: Tiempos de espera en Salud Mental de APS.

Definiciones conceptuales:

Tiempos de espera entre Tamizaje y Primera Atención de salud mental de APS (individual o grupal): Se considera en este ítem el número de días transcurridos entre el tamizaje y la primera atención de salud mental realizada por algún profesional diferente a médico (individual o grupal). Corresponde a la sumatoria de días. y el número total de personas atendidas.

Tiempos de espera entre Tamizaje y confirmación diagnóstica: Se considera en este ítem el número de días transcurridos entre el tamizaje y la confirmación diagnóstica de salud mental (primera atención médica). Corresponde a la sumatoria de días. y el número total de personas atendidas.

Definiciones Operacionales:

Tiempos de espera entre Tamizaje y Primera Atención de salud mental de APS (individual o grupal): Corresponde registrar la sumatoria de días de espera entre la aplicación del instrumento de tamizaje y el día de la primera atención de salud mental, con profesional distinto a Médico.

Se deben sumar los días de todos los usuarios a los cuales se les aplicó el instrumento. Consignar en la columna siguiente el número de personas a los cuales se les aplicó este instrumento.

Tiempos de espera entre Tamizaje y confirmación diagnóstica: Corresponde registrar la sumatoria de días de espera entre la aplicación del instrumento de tamizaje y el día en que se realiza la confirmación del diagnóstico.

Se deben sumar los días de todos los usuarios a los cuales se les aplicó el instrumento y a los cuales se les confirma su diagnóstico. En la columna siguiente se consignará el número de personas a los cuales se les aplicó este instrumento y fueron confirmados en su diagnóstico.

Para todo usuario pesquisado con riesgo, se debiera contar con la confirmación diagnóstica. Las personas que no tienen confirmación de su diagnóstico no deben ser registradas en esta sección.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección K: Salud Mental en Situaciones de Emergencia o Desastre.

Definiciones conceptuales:

Se refiere a todas las acciones generadas a raíz de un evento caracterizado como una emergencia o desastre. Y se enmarca en los siguientes conceptos:

Primera Ayuda Psicológica (PAP): Consiste en asistencia humanitaria y práctica de apoyo a una persona que estuvo expuesta recientemente a una situación muy estresante, en el contexto de una emergencia o desastre, realizada por algún integrante del equipo de salud con formación en esta herramienta.

Consulta de Salud Mental: Es la intervención ambulatoria individual realizada por un profesional, técnico y/o gestor comunitario, que se brinda en el contexto de una situación de emergencia o desastre, por un motivo de consulta asociado a este evento o sus consecuencias.

Intervención Psicosocial Grupal: Es una actividad grupal realizada por integrantes del equipo de salud que se realiza en el contexto de emergencias y desastres, con foco en el fomento del bienestar psicosocial y/o la protección de la salud mental, que se realiza con una metodología y objetivos acordes a las características socioculturales y etarias de los participantes.

Estas acciones se aplican a toda la población (incluyendo cualquier previsión de salud), funcionarios de salud e intersector (todas aquellas instituciones gubernamentales y de la sociedad civil que colaboran en una emergencia o desastre).

Definiciones operacionales:

Cabe señalar que las atenciones otorgadas en situación de emergencias y desastres es para todas aquellas personas afectadas, lo que incluye funcionarias/os de salud

Primera Ayuda Psicológica (PAP): Se registra el total de personas (casos) que recibieron PAP por parte de algún integrante del equipo de salud con formación en la herramienta, desagregado en primer lugar por aquellas que se realizaron de manera presencial, y las realizadas por vía remota (No Presencial), por sexo y grupo de edad.

Consulta de Salud Mental: Se registra el total de intervenciones ambulatorias individuales realizadas por un profesional, técnico y/o gestor comunitario, desagregado en primer lugar por aquellas que se realizaron de manera presencial, y las realizadas por vía remota (No Presencial), por sexo y grupo etario.

Intervención Psicosocial Grupal: Se debe registrar el total de participantes que asistieron en el mes a la intervención psicosocial grupal, en el contexto de emergencias y desastres, desagregado en primer lugar por aquellas que se realizaron de manera presencial, y las realizadas por vía remota (No Presencial), por sexo y grupo de edad.

Se incluye, además, el registro de la condición de beneficiario, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Mejor Niñez y SENAME, pueblo originario y/o situación de migrante asociada.

Regla de consistencia:

R.1: Beneficiarios, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Mejor Niñez y SENAME, pueblos originarios y migrantes deben estar incluidos en los grupos de edad y sexo de las personas atendidas.

R.2: La sumatoria total de lo registrado como acciones Presenciales y No Presenciales debe estar incluida en los grupos de edad y sexo de las personas atendidas.

R.3: La sumatoria de las atenciones a los funcionarios de salud, debe estar incluida en los grupos de edad y sexo de las personas atendidas.

REM A07: ATENCIONES DE ESPECIALIDADES

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

SECCIONES DEL REM-A.07

- **Sección A:** Atenciones médicas de especialidad
- **Sección A.1:** Atributos de las atenciones de especialidad.
- **Sección B:** Atenciones médicas por Programas y Policlínicos especialistas acreditados.
- **Sección C**: Consultas y controles por otros profesionales en especialidad.
- **Sección D:** Consultas Infección Transmisión Sexual (ITS) y controles de salud sexual en el Nivel Secundario.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A07

Sección A: Atenciones médicas de especialidad.

Definiciones conceptuales:

Especialidades y subespecialidades: Corresponde a las unidades del nivel secundario a las cuales se genera la derivación o solicitud de atención, de acuerdo con su pertinencia y ámbito de atención.

Consulta de especialidad: Corresponde a la atención profesional otorgada por el médico especialista a un usuario, en un lugar destinado para esos fines. Esta prestación que se realiza ambulatoriamente incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnostica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla.

Consulta nueva de especialidad: Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución a un problema de salud. Cada primera atención de un paciente generado por una interconsulta es una consulta nueva por la especialidad que realiza la atención, independiente que el paciente haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.

Definiciones operacionales:

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

En consultas nuevas según origen: Se registran las consultas definidas como nuevas sólo en establecimientos de nivel secundario o terciario (las consultas de especialidad realizadas en APS no se registran en esta sección).

Los datos se desglosan por edad de los consultantes en menores de 15 años y de 15 y más años, según el origen (APS, CAE/CDT de hospitales, CRS, Urgencia) y por especialidad.

Regla de consistencia:

R.1: En la consulta médica de especialidad, el total de beneficiarios declarados debe ser igual o menor al total declarado por edad.

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

Sección A.1: Atributos de las atenciones de especialidad

Definiciones conceptuales:

Interconsultas pertinentes: Se entiende por referencias pertinentes aquellas derivaciones nuevas originadas desde APS, como también entre especialistas y desde la urgencia, las cuales cumplen con los protocolos de referencia y contrarreferencia, siendo el motivo de derivación atingente de solucionar considerando los plazos en que debe otorgarse la atención.

Interconsultas pertinentes según criterio clínico: corresponde a las referencias originadas desde APS, como también entre especialistas y desde la urgencia, que consideran los criterios clínicos de inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación. Este proceso de pertinencia se realiza al momento de la recepción de la interconsulta en el centro ambulatorio de especialidad.

Consultas pertinentes según tiempo establecido en box: corresponde cuando las referencias cumplen con el tiempo establecido según protocolos clínicos administrativos definidos en red, respecto al tiempo de espera desde que son emitidas hasta que el usuario es atendido por el especialista.

Consultas pertinentes según criterio clínico en box: corresponde a las referencias que consideran los criterios clínicos de inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.

Contrarreferencia: Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del usuario, respecto de la interconsulta solicitada. Con este procedimiento, se retorna al usuario al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad de atención, luego de haberse atendido el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada, la que considera un resumen de su atención y las indicaciones a seguir en el origen.

El documento de contrarreferencia debe contar, como mínimo, con los siguientes datos:

1. Fecha
2. Datos del paciente: Nombre, Rut, edad.
3. Datos del establecimiento que contrarrefiere.
4. Datos del establecimiento de referencia.
5. Diagnóstico.
6. Tratamiento realizado
7. Plan o indicaciones para APS.
8. Datos del médico especialista que contrarrefiere: Nombre, Rut y especialidad.

La contrarreferencia incorpora dos momentos:

1. Contrarreferencia inicial o retorno: Cuando el usuario recibe su primera atención (consulta nueva), donde se informa al establecimiento de origen que el usuario fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento.
2. Contrarreferencia al alta: Donde se informa al establecimiento referente que el usuario está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

(*) Nota: cuando la contrarreferencia ocurre tras la primera atención, sólo aplica realizar el segundo momento descrito anteriormente.

Definiciones Operacionales:

Interconsultas pertinentes: Se registran las consultas efectuadas por el médico en box de las derivaciones pertinentes generadas desde APS, CDT/CAE/CRS/Hospitalizado y Urgencia a los establecimientos de alta y mediana complejidad, en los tiempos establecidos y criterio clínico en box para cada especialidad protocolizada.

La pertinencia en la referencia a especialidad se entenderá aquella desde la APS, CDT/CAE/CRS/Hospitalizado y Urgencia hacia la atención de especialidad por lo cual se medirá sobre el total de consultas nuevas y cuyo origen es la APS, CDT/CAE/CRS/Hospitalizado y Urgencia. Si el establecimiento no observa consultas pertinentes según tiempo establecido y criterio clínico previo a la atención y en box debe registrar valor cero en cada especialidad.

Contrarreferencia: Se registran las contrarreferencias incorporadas en los dos momentos: respuesta inicial y al momento del alta del usuario del establecimiento de mayor complejidad. Lo anterior se encuentra separado por grupo etario para menores de 15 años y para igual o mayores de 15 años. Si el establecimiento no observa contrarreferencias realizadas, debe registrar valor cero en cada especialidad.

Inasistentes a consulta médica (NSP): Es cuando el paciente no se presenta a su atención existiendo una citación previa con contacto efectivo. Corresponde a la no asistencia a consultas nuevas y control, independiente si fueron llenados los cupos por otros pacientes.

Consulta Médica Abreviada**:** Corresponde a la ejecución de acciones destinadas a repetir receta de personas usuarias que se están atendiendo en el establecimiento, o a la lectura de exámenes o revisión de informes.

Dicha actividad no es considerada como consulta propiamente tal ya que, por lo general, no existe interacción directa del profesional. El rendimiento de esta actividad es de 6 a 8 consultas por hora médico.

Atención Especialista en sala: Corresponde a la atención profesional otorgada por el médico especialista desde la Atención Ambulatoria o que pertenece al staff del establecimiento y que realiza una interconsulta a una persona usuaria en un evento de hospitalización que incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnostica, con o sin prescripción de exámenes o intervenciones terapéuticas.

Consultas realizadas en APS: Son consultas de especialistas realizadas en el nivel de APS. Puede ser realizadas por:

Médicos especialistas contratados por el establecimiento o el Servicio de Salud**:** Corresponde a las atenciones otorgadas por médicos especialistas, contratados directamente por el establecimiento de Atención Primaria o por la Dirección del Servicio de Salud.

Médicos especialistas de Hospitales: Corresponde a las atenciones otorgadas por médicos especialistas provenientes de los Hospitales de la Red o centros de especialidades (CDT, CRS, etc.) y que por convenio intra servicio son realizadas en el establecimiento de nivel primario de atención.

Compra de servicios: Corresponde a las consultas que los establecimientos que compran servicios fuera de su establecimiento.

Se divide en compra de servicios a profesionales de la misma red (red pública) y compras a organismos o establecimientos privados, con el fin de disminuir listas de espera o para resolver problemas GES. Se registra en la red pública aquello que se ejecuta dentro del establecimiento y por ende en la red privada, lo que se ejecuta fuera de él.

Consultas médicas por operativos (no incluidas en producción): Es una modalidad de atención de carácter masivo, dada en un tiempo acotado, que reúne a la población en un lugar definido para ser atendido por médico especialista, que entrega prestaciones específicas.

Se entregan prestaciones de modo extraordinario y no garantiza continuidad de los cuidados definidos para la patología correspondiente. Eventualmente requiere complementarse con seguimientos posteriores por los dispositivos formales de atención.

Total de interconsultas generadas en APS para derivación especialidad: Corresponde a las solicitudes de atención a especialidades y subespecialidades, realizadas por profesional Médico en box, desde nivel primario de atención.

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

Consulta de especialidad resuelta por médico general: Corresponde a aquella consulta de especialidad que es resuelta por un médico general en el nivel secundario.

Regla de consistencia:

R.1: Las "Consultas realizadas por Compra de Servicio", que son resueltas por esta modalidad, no deben estar contenidas en el total pues son consultas financiadas con recursos adicionales, que no forman parte de la producción propia que financia mensualmente el establecimiento**.**

R.2: Las consultas de especialidad resuelta por médico general deben estar contenidas en los grupos etarios de la sección A.

R.3: Los comités médicos de especialidad no deben registrarse en esta sección, sólo en REM BS.

Sección B: Atenciones médicas por Programas y Policlínicos (Incluidas en Sección A y A.1)

Definiciones conceptuales:

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

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

Definiciones operacionales:

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

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

Regla de consistencia:

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

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

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

Se registrará el número de consultas y controles realizados en establecimientos de nivel secundario por los profesionales Enfermera/o, Matrón/a, Nutricionista, Psicólogo/a, Fonoaudiólogo/a, Tecnólogo Médico, Trabajador/a Social y Terapeuta Ocupacional, desagregados por grupos de edad, por sexo y condición presente beneficiarios, por pueblos originarios, migrantes o TRANS.

Para los profesionales que realizan atenciones de salud mental, deberán registrar en el REM A 06, sin duplicación de información en REM A07.

Reglas de consistencia:

R.1: Todo registro que se realice en esta Sección es excluyente de los registros realizados en el REM A06

R.2: El total de pacientes atendidos, correspondientes a pueblos originarios, migrantes o TRANS, no debe ser mayor al total de atenciones.

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

Definiciones conceptuales:

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

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

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

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

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

Definiciones operacionales:

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

Regla de consistencia:

R.1: Estas consultas están incluidas en la Sección C.

R.2: El total de pacientes atendidos, correspondientes a TRANS Femenino y Masculino, Pueblos Originarios, Migrantes, Niños Niñas y Adolescentes SENAME, Niños, Niñas y Adolescentes Mejor Niñez, no debe ser mayor al total de atenciones.

REM A08: ATENCIÓN DE URGENCIAS

Generalidades

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

Para establecimientos de Atención Primaria se enfatiza que se registren las atenciones de urgencia donde realmente corresponda, considerando registrar la información por establecimientos y/o estrategias según códigos estructurales definidos por DEIS.

Todos los SAPU y SAR deberán registrar individualmente, utilizando el código definido por DEIS para esa estrategia.

El resto de las atenciones de urgencia realizadas en centros de salud de Atención Primaria deberán registrarse en el establecimiento o establecimiento madre, según sea el caso, respetando la sección correspondiente.

Todos los Hospitales deberán utilizar el código del establecimiento, respetando la sección correspondiente según su complejidad (Alta, Mediana o Baja).

Las atenciones de urgencia medicas tanto del REM A08 y Sistema de Atenciones de Urgencia Diarias (SADU), deben ser consistentes en el total de atenciones para ambos registros

SECCIONES DEL REM-A.08

- **Sección A**: Atenciones realizadas en Unidades de Urgencia de la red.
- **Sección A.1:** Atenciones realizadas en Unidades de Emergencia Hospitalaria (establecimientos de Alta y Mediana Complejidad).
- **Sección A.2:** Atención de urgencias realizadas en SAPU y SAR.
- **Sección A.3:** Atenciones de urgencia realizadas en establecimientos de Baja Complejidad.
- **Sección A.4:** Atenciones de urgencia realizadas en establecimientos de Atención Primaria No SAPU.
- **Sección A.5:** Consultas en Sistema de Atención de Urgencia en Centros de Salud Rural (SUR) y Postas Rurales.
- **Sección B:** Categorización de pacientes, previa a la atención médica u odontológica, (establecimientos de Alta, Mediana, Baja Complejidad, SAR y SAPU).
- **Sección C:** Atenciones realizadas por médicos especialistas en las Unidades de Urgencia Hospitalaria.
- **Sección D:** Pacientes con indicación de hospitalización en espera de camas en UEH (establecimientos de alta, mediana y baja complejidad)
- **Sección E:** Pacientes con indicación de observación en SAR y SAPU.

- **Sección F**: Pacientes fallecidos en UEH (Establecimientos Alta, Mediana Baja Complejidad, SAR, SAPU y SUR).
- **Sección G:** Atenciones médicas asociadas a violencia por grupo etario.
- **Sección G.1:** Atenciones médicas asociadas a violencia por condición (incluidas sección G).
- **Sección H:** Atención por anticoncepción de emergencia.
- **Sección I:** Motivos de atención por emergencia obstétrica al Servicio de Urgencia (establecimientos de Alta, Mediana Complejidad).
-
- **Sección J:** Llamados a urgencia a centro regulador.
- **Sección K:** Intervenciones pre hospitalarias (SAMU).
- **Sección L:** Traslados primarios a unidades de urgencia (Desde el lugar del evento a unidad de Emergencia).
- **Sección M:** Traslado secundario (Desde un Establecimiento a Otro).
- **Sección N:** Clasificación de las intervenciones por grandes grupos de diagnósticos (SAMU).
- **Sección O:** Atenciones de urgencia por violencia sexual.
- **Sección P:** Atenciones médicas por violencia sexual con realización o indicación de peritaje.
- **Sección Q:** Atenciones de urgencia asociadas a lesiones autoinfligidas.
- **Sección R**: Atenciones en servicio de urgencia de la red, asociados a mordedura.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A08

Sección A: Atenciones realizadas en unidades urgencia de la red.

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

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

Urgencia: Es la solicitud demandada por la población a partir de la percepción de que la atención de su problema de salud no puede ser pospuesta.

Sección A.1: Atenciones realizadas en Unidades de Emergencia Hospitalaria (Establecimientos de alta y mediana complejidad)

Definiciones conceptuales:

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

Atención Médica Gineco-Obstetricia: Se refiere a la consulta que realiza éste(a) profesional en los servicios de atención Gineco obstétrica de Urgencia

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

Atención por Odontólogo(a): Se refiere a la consulta no programada, realizada al paciente que acude de manera espontánea y que requiere atención por un problema de salud oral, ejecutada por profesional odontólogo(a) en los servicios de atención de urgencia hospitalaria.

Demanda de atención de Urgencia: Se define como demanda al total de personas que solicitan una atención en la UEH, hacen el proceso de admisión y la generación de DAU, independiente de su destino final. Incluye a las personas que completaron la atención de Urgencia y a los que no la completaron. El valor del dato se obtiene, sumando aquellos pacientes con atención médica y aquellos que abandonaron el proceso en cualquiera de sus fases antes de recibir el alta médica.

Demanda Médica Niño y Adulto: Se refiere a la solicitud de atención de Urgencia de niño o adulto, en los servicios de atención de urgencia, identificados por la generación de un DAU.

Demanda médica gineco-obstetra: Se refiere a la solicitud de atención de Urgencia Gineco-Obstétrica, en los servicios de atención obstétrica de Urgencia (recepción maternal), identificados por la generación de un DAU.

Origen de la Procedencia: Corresponde a la solitud de atención de Urgencia, realizadas en la UEH, con generación de DAU, las cuales pueden ser recibidas desde establecimientos que integran la misma red asistencial, tales como: SAPU/SAR/SUR, de hospitales de baja complejidad, otros hospitales de mediana y alta complejidad u otros establecimientos de la red. Así como también pueden ser derivados desde otra red independiente del tipo de establecimiento (público o privado).

Definiciones operacionales:

Se registrará el número de atenciones médicas, odontológicas y gineco-obstétricas, realizadas en la Unidad de Emergencia de hospitales, desagregadas por grupos etarios, sexo, beneficiarios, origen de la procedencia y demanda.

Independientemente de que un paciente sea evaluado por distintos profesionales durante su atención de urgencia, se registrará como "atención de urgencia" a aquellos que reciban un alta del proceso, ya sea a hospitalización, fallecimiento, traslado o alta a domicilio**.**

Esto implica que en caso de pacientes que son evaluados por dos o más médicos u odontólogos(as) en la misma Unidad de Emergencia, se registrará como una sola atención.

Si un paciente es atendido(a) por otros profesional no médico y requiere atención por Médico, sólo se registrará la atención médica. Es decir, el profesional no médico, SOLO se registra cuando es atención única.

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

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

Reglas de consistencia

R.1: El total de atenciones de ambos sexos deben ser coincidentes con el número de atenciones médicas emitidas en el mes y REM BS, para alta, mediana y baja complejidad, que hayan completado el proceso de atención de urgencia y debe ser menor o igual a la demanda

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

R.3: El total de atenciones médicas debe ser consistente con el registro de atenciones diarias registradas en la plataforma de urgencia (SADU), según diagnósticos.

R.4: El número de Demanda de atención de Urgencia debe ser mayor o igual a número de atenciones de Urgencia.

R.5: El total de la Demanda de atención de Urgencia debe ser mayor o igual al total de la categorización.

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

Definiciones conceptuales:

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

- **SAPU corto**: lunes a viernes de 17:00 a 24:00 horas.
  Sábado, domingo y festivos de 08:00 a 24:00 horas.
- **SAPU largo**: lunes a viernes de 17:00 a 08:00 horas (del siguiente día).
  Sábado, domingo y festivos, horario continuado.

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

Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR): Es la instancia de atención adosada a centros de salud o en locales anexos, encargada de entregar prestaciones de Emergencia/Urgencia, con mayor capacidad resolutiva que un SAPU (imágenes, exámenes de tamizaje, camillas de observación), en forma oportuna.

Atención por Enfermera/o: Se refiere a la atención realizada por el o la profesional, que consiste en actividades relacionadas con la categorización de pacientes, administración de medicamentos, u otras actividades relacionadas con la atención de urgencia.

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

Atención por Kinesiólogo/a: Se refiere a las atenciones por este profesional realizadas, las cuales son realizadas en el contexto de Campaña de Invierno.

Atención por Trabajador/a Social: Se refiere a las atenciones realizada por el o la profesional, en el contexto de la Estrategia "Duplas para la protección de la salud mental en urgencias de APS" implementada en el marco del Programa de Salud Mental de APS. Consiste en la realización de actividades como primer apoyo psicológico e intervención en crisis, para todas las problemáticas de salud que la situación de urgencia requiera, tanto para el usuario/a y/o su familia y/o acompañante. También podrá brindar intervenciones psicosociales con familiares y/o acompañantes realizando acciones de coordinación para la continuidad del cuidado desde la urgencia hacia el nivel de atención que requiera la persona tras su egreso del SAPU/SAR. También se orienta a la pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos por curso de vida y enfoque de género. Las acciones mencionadas pueden realizarse por un solo profesional o en dupla según sea el caso.

Atención por Psicólogo/a: Se refiere a las atenciones realizadas por este profesional en el contexto de la Estrategia "Duplas para la protección de la salud mental en urgencias de APS" implementada en el marco del Programa de Salud Mental de APS. Consiste en la realización de actividades como primer apoyo psicológico e intervención en crisis, para todas las problemáticas de salud que la situación de urgencia requiera, tanto para el usuario/a y/o su familia y/o acompañante. También podrá brindar intervenciones psicosociales con familiares y/o acompañantes realizando acciones de coordinación para la continuidad del cuidado desde la urgencia hacia el nivel de atención que requiera la persona tras su egreso del SAPU/SAR. También se orienta a la pesquisa de riesgos psicosociales y vulneración de derechos por curso de vida y enfoque de género. Las acciones mencionadas pueden realizarse por un solo profesional o en dupla según sea el caso.

Demanda de atención: Corresponde al número de personas que solicitan una atención independiente de su destino final. Incluye a las personas que completaron la atención de Urgencia y a los que no la completaron. El valor del dato se obtiene, sumando aquellos pacientes con atención Médica, Enfermería, Matronería, Kinesiología, Psicología, Trabajo Social y Odontología, aquellos que abandonaron el proceso en cualquiera de sus fases antes de recibir el alta médica.

Definiciones operacionales:

Se registrará el número de atenciones de urgencia realizadas en SAPU y SAR por Médico/a, Enfermera/o Matrón/a Kinesiólogo/a, Psicólogo/a y Trabajador/a social, desagregados por grupos de edad y sexo.

En las últimas columnas se consigna el número de atenciones efectuadas sólo a beneficiarios, Atenciones profesionales a honorarios, Demanda de urgencia y Campaña de Invierno.

Si el paciente tiene más de una atención, por un profesional no Médico, ésta deberá ser asignada al profesional que cierra la atención. En el caso del registro asociado a la atención de las "Duplas para la protección de la salud mental en urgencias de APS", se debe registrar las atenciones al profesional Psicólogo o Trabajador Social, independiente si éste cierra o no la atención. Si la atención es realizada por Psicólogo y Trabajador Social (intervención en dupla), el registro debe ser realizado por profesional Trabajador Social".

Reglas de consistencia:

R.1: El total de atenciones médicas debe ser consistente con el registro de atenciones diarias registradas en el sistema de atenciones de urgencia (SADU), según diagnósticos.

R.2: El número de Demanda de atención de Urgencia debe ser mayor o igual a número de atenciones de Urgencia.

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

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

Se registran todas las consultas de urgencia efectuadas por Médicos, Enfermeras/os, Matrón/a, Kinesiólogo/a, Técnico Paramédico y otros profesionales, desagregados por grupo de edad, sexo y beneficiarios, en Hospitales de Baja Complejidad.

Si la atención es brindada por un profesional no médico, y la persona requiere atención por Médico, es ésta la atención que se registra.

Si el paciente tiene más de una atención por un profesional no médico. Se registra la atención al profesional que cierra la atención.

Regla de consistencia:

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

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

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

Si la atención es brindada por Enfermera(o), Matrón/a o Técnico Paramédico y se requiere atención por Médico, es ésta la atención que se registra.

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

Regla de consistencia:

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

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

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

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

Definiciones conceptuales:

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

Definiciones operacionales:

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

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

Regla de consistencia:

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

Sección B: Categorización de pacientes, previa a la atención médica y odontológica (Establecimientos alta, mediana, baja complejidad, SAR y SAPU)

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la priorización o categorización de los pacientes que acuden a unidades de Urgencia de Hospitales de Alta, Mediana, Baja Complejidad y en SAR/SAPU, de acuerdo con criterios de gravedad de estos.

Esta priorización se basa en una categorización, establecida a través de dos sistemas de selección de usuarios que permite clasificar en forma rápida y efectiva a los pacientes de acuerdo con su gravedad o complejidad:

a) Sistema de Categorización Discrecional: Sistema de Selección de la demanda de Urgencia, operador dependiente (basado en la opinión del experto), realizado por personal de enfermería profesional y/o técnico de enfermería, que aplica un protocolo de desarrollo local en forma manual o informatizado, que posee escala de categorización de cinco niveles, expresados de C1 a C5.

b) Sistema de Categorización Estructurado EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI): Sistema de Selección de demanda de urgencia estandarizado, que posee fiabilidad y validez científica, con un fuerte valor predictivo de la complejidad y gravedad del consultante y de la utilización de recursos que se requieren para la atención. Es aplicada sólo por profesionales que además se encuentren debidamente certificado en la herramienta, los cuales aplican un algoritmo estandarizado, en un programa informático único, que permite reconstituir la trazabilidad del árbol de decisión, con escala de cinco niveles expresada de C1 a C5.

La categorización se define como:

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

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar a todos los pacientes atendidos, incluyendo a los pacientes de atención odontológica, en la unidad de Urgencia Hospitalaria (Alta, Mediana y Baja Complejidad) y SAR, SAPU (excluyendo atención de urgencia obstétrica), según sexo y grupo etario.

Categorizados mediante el "selector de demanda" que debe ser registrado en la hoja Dato de Atención de Urgencia (DAU), desglosados en C1, C2, C3, C4 o C5,), como también en el sistema informático en la trazabilidad del algoritmo, para el registro de la categorización ESI.

Se registra en el REM la primera categorización realizada al paciente en urgencia, independiente de que el paciente pueda ser categorizado más de una vez durante su permanencia en la unidad de urgencia.

Si es omitida la categorización por el "selector de demanda" debe registrarse "sin categorización".

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

Reglas de consistencia:

R.1: Se categoriza en más de una ocasión, se debe registrar sólo la 1ª categorización.

R.2: Para efectos de esta sección sólo se deben informar las categorizaciones a los pacientes que tuvieron efectivamente una atención.

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

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las atenciones médicas u odontológicas realizadas por especialistas en las Unidades de Emergencia Hospitalaria.

En algunos casos los especialistas que realizan dicha atención no forman parte del staff de RRHH de la U.E.H., por lo que es importante llevar el registro de casos en los que se solicita la evaluación y atención para resolver la urgencia.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de consultas o interconsultas de Urgencia/Emergencia Hospitalaria realizadas por médico u odontólogo especialista en la U.E.H., según las especialidades indicadas y por grupo etario. Sólo para establecimientos de Alta o Mediana Complejidad.

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

Reglas de consistencia:

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

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

Sección D: Pacientes con indicación de hospitalización en espera de camas en UEH (Establecimientos de alta, mediana y baja complejidad)

Definiciones conceptuales:

El flujo de pacientes en las Unidades de Emergencia Hospitalaria de alta, mediana y baja complejidad puede finalizar en alta a domicilio, indicación de hospitalización, hospitalización domiciliaria y/o derivación a otro establecimiento.

La adecuada respuesta del establecimiento hospitalario a la demanda de hospitalización de sus pacientes se mide en las horas que el paciente con indicación de hospitalización permanece en la Unidad de Emergencia (U.E.H.) en espera para ocupar una cama hospitalaria.

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

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

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

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

Paciente que no se hospitalizan, habiendo recibido la indicación de hospitalización, se registran de acuerdo con las siguientes categorías:

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

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

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

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

Estos pacientes son prioritarios, y no deben esperar para ingresar a cama hospitalaria. Esta sección incluye pacientes menores y mayores de 15 años.

Esta sección excluye los pacientes que tienen indicación de hospitalización para el área funcional de obstetricia.

Definiciones operacionales:

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

Los pacientes hospitalizados (a cama de dotación /cupo domiciliario) se registran según tiempo de espera, desde la indicación de hospitalización hasta el ingreso a sala o hasta el ingreso a domicilio, estos datos se sugieren que sean proporcionados por la unidad de gestión de camas y el de Hospitalización Domiciliaria respectivamente.

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

Reglas de consistencia:

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

R.2: Los pacientes que ingresan directamente a proceso quirúrgico no deben ser desagregados por "pacientes que ingresan a cama hospitalaria según tiempo de demora al ingreso".

Sección E: Pacientes con indicación de observación en SAR y SAPU

Definición conceptual:

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

Definiciones operacionales:

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

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

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F: Pacientes fallecidos en UEH (Establecimientos alta, mediana o baja complejidad, SAR, SAPU y SUR)

Definiciones conceptuales:

Corresponde a pacientes que fallecen en la unidad de urgencia de establecimientos de Alta, Mediana, Baja Complejidad, SAR, SAPU y SUR en:

- Pacientes fallecidos en espera de atención medica: Corresponde a aquellos pacientes que habiendo sido ingresados y registrado en DAU, no alcanzan a recibir la atención médica, por presentar un paro cardiorrespiratorio con resultado de muerte, independiente de haber sido categorizado y de haber recibido atención del paro cardiorrespiratorio una vez identificado que el paciente se encontraba en condición de paro.
- Pacientes fallecidos en proceso de atención: Corresponde a aquellos pacientes que, iniciada la atención médica, fallecen previo al alta o indicación de hospitalización u otro procedimiento.
- Pacientes fallecidos en espera de cama hospitalaria: Corresponde a aquellos pacientes con indicación de hospitalización, que fallecen esperando ingresar a una cama hospitalaria.

Definiciones operacionales:

Se registran los pacientes fallecidos, según el proceso de atención en el que se encontraban, según sexo y edad. Se debe identificar, además, cuántos de estos usuarios eran beneficiarios FONASA.

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

Reglas de consistencia:

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

Sección G: Atenciones médicas asociadas a violencia por grupo etario

Definiciones conceptuales:

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

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

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

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de atenciones asociadas a violencia intrafamiliar u otras violencias, desagregadas por edad, sexo. Se debe registrar las atenciones realizadas a embarazadas, incluidas en los grupos de edad correspondientes.

En esta sección deben registrar todos aquellos que otorgan atención de urgencia UEH, SAPU, No SAPU, SAR etc.

Se debe registrar el número de atenciones asociadas a violencia intrafamiliar u otras violencias, desagregadas por la relación con el agresor y según sexo de éste y el tipo de lesiones que éste genera constatables o no constatables. Estas atenciones deben estar incluidas en las distintas secciones que corresponda según tipo de establecimiento o modalidad de atención (UEH, SAPU, No SAPU, SAR etc.)

El registro de tipos de lesiones será independiente del número de atenciones realizadas, esto es, que se debe registrar según áreas afectadas

Reglas de consistencia:

R.1: El total de atenciones médicas asociadas a violencia intrafamiliar debe ser consistente con detalle por pareja/ex pareja y familiar.

R.2: El total de atenciones médicas asociadas a otras violencias debe ser consistente con detalle por agresor conocido o desconocido.

R.3: El tipo de agresor debe ser consistente con la sumatoria hombre mujer.

Sección G.1: Atenciones médicas asociadas a violencia por condición (incluidas en Sección G)

Definiciones conceptuales:

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

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

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

Diversidad Sexual: Hace referencia a la multiplicidad de expresiones del género y la sexualidad incluyendo a toda la diversidad de sexo, orientaciones sexuales e identidades de genero sin especificar cada una de ellas

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

- Pareja / Ex Pareja: Quien sea o haya sido cónyuge o conviviente (Ley 20.066), esté o haya estado en una relación afectiva formalizada (ejemplo: un pololeo) o medianamente formalizada (ejemplo: una relación no sea nombrada oficialmente como pareja).
- Familiar*:* Quien sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. (Ley 20.066)
- Otras violencias*:* Todo acto de violencia ejercido por una persona conocida o desconocida, que no corresponda a una relación de pareja /ex pareja o familiar, que cause daño no accidental a otra, que pueda provocar o no lesiones externas, internas o ambas.

Considera desde el punto de vista de la relación con el agresor/a: Conocido, desconocido.

- Conocido: Persona con quien se tiene trato o comunicación, pero no relación afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).
- Desconocido: Persona no conocida o extraña que no tiene ningún tipo de relación amistosa, afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).

Considera desde el punto de vista de las lesiones por violencia intrafamiliar u otras provocadas a la víctima:

- Lesión Traumatológicas: Fractura, por ejemplo: Muñeca, brazo y codo, Luxación de codo, daño de ligamentos de dedo de la mano.
- Lesión Odontológica: Luxación Dentaria, Fractura Coronaria con o sin compromiso pulpar y/o Avulsión Dentaria.

- Lesión Contusional: Aplastamiento, mordeduras, quemaduras, asfixia, estrangulación, ahorcadura, puñetazos, patadas.
- Lesiones por arma: Heridas por arma blanca o por arma de fuego.
- Sin lesiones constatables: Lesiones en que no existe evidencia física observable.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de atenciones asociadas a violencia intrafamiliar u otras violencias, realizadas a Diversidad Sexual, embarazadas, Pueblos originarios y Migrantes, incluidas en los grupos de edad correspondientes.

En esta sección deben registrar todos aquellos que otorgan atención de urgencia UEH, SAPU, No SAPU, SAR etc.

Se debe registrar el número de atenciones asociadas a violencia intrafamiliar u otras violencias, desagregadas por la relación con el agresor y según sexo de éste y el tipo de lesiones que éste genera constatables o no constatables. Estas atenciones deben estar incluidas en la sección H.

El registro de tipos de lesiones será independiente del número de atenciones realizadas, esto es, que se debe registrar según áreas afectadas.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de atenciones médicas asociadas a violencia intrafamiliar debe ser consistente con detalle por pareja/expareja y familiar.

R.2: El total de atenciones médicas asociadas a otras violencias debe ser consistente con detalle por agresor conocido o desconocido.

R.3: El tipo de agresor debe ser consistente con la sumatoria hombre mujer.

Sección H: Atenciones por anticoncepción de emergencia

Definiciones conceptuales:

Es la atención que solicitan en forma voluntaria las mujeres en la unidad de emergencia, entre los tres a cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado.

Definiciones operacionales:

Se registra la consulta por anticoncepción de emergencia realizada por Médico y Matrón/a que ocurre en la Unidad de Emergencia del establecimiento de salud, con y sin entrega de anticonceptivo, desagregadas según edad.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección I: Motivos de atención por emergencia obstétrica al Servicio de Urgencia (Establecimientos de alta y mediana complejidad)

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las embarazadas que consultan a urgencia por alguna emergencia obstétrica, según las patologías definidas por el Programa de la Mujer. No incluye los traslados de un establecimiento a otro.

Las patologías clasificadas en este nivel son: Preeclampsia Severa, Eclampsia, Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE), Retardo en el Crecimiento Intrauterino RCIU, HELLP (Hemólisis, Enzimas Hepáticas Elevadas y Plaquetopenia), Parto Prematuro, Hemorragia I, II y III Trimestre, Rotura Prematura de Membrana, otras patologías (HTA, crónica, Nefropatía, Cardiopatía, etc.) y trabajo de parto sin patología.

Definiciones operacionales:

Se registra el motivo de consultas de embarazadas por una emergencia obstétrica a la UEH. La patología principal por la que consultó, es decir la asociada a los síntomas que generaron la atención en la UEH, es decir una consulta, una patología.

La atención realizada se registra como consulta en sección A.1.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección J: Llamados de urgencia a Centro Regulador

Definiciones conceptuales:

N° de llamadas al Centro Regulador:

- Llamada que comunica una situación de emergencia, se realiza a través del número telefónico 131, la que llega a una central telefónica ubicada en el centro regulador.
- El TENS o administrativo regulador recepciona la llamada y al confirmar si la llamada es válida o no, la registra. Determinando datos básicos de la llamada, interroga al solicitante con un cuestionario preestablecido, destinado a detectar gravedad y compromiso vital inmediato o potencial.

Total de llamadas: Llamadas que recibe el Centro Regulador.

Llamadas válidas: Llamadas que recibe el Centro Regulador y que efectivamente corresponden a una situación de urgencia o emergencia médica y que puede o no establecer una situación de riesgo vital o secuela funcional grave. Se excluye de aquellas todas las llamadas que no corresponde a una atención de urgencia (llamadas equivocadas, llamadas con pitanzas telefónicas, entre otras.)

Definición operacional:

Se debe registrar el número de total llamadas y las llamadas válidas recepcionadas en el Centro Regulador.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección K: Intervenciones Pre Hospitalarias (SAMU)

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la atención clínica directa que realiza el equipo de intervención pre hospitalaria (SAMU). Esta intervención puede ser básica o avanzada según norma técnica N°17 vigente:

- Intervención móvil básico: Móvil de intervención que entrega cuidados básicos e intermedios, según la normativa.
- Intervención móvil avanzado: Móvil de intervención que entrega cuidados intermedios y avanzados, según la normativa.
- Cuidados avanzados: Es la atención entregada a pacientes que requieren apoyar un procedimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada, elementos de manejo avanzado de la vía aérea, acceso vascular, soporte farmacológico, monitorización y /o desfibrilación.
- Intervención crítica: Atención pre hospitalaria clínica que se le entrega a un paciente que se encuentra en un estado de gravedad por compromiso vital inmediato o secuela funcional grave. Esta intervención debiese estar generada de manera prioritaria por móvil de intervención avanzada.
- Intervenciones no críticas: Atención pre hospitalaria clínica que se le entrega a un paciente que se encuentra en una situación de Urgencia o Emergencia, pero que no presenta riesgo vital inminente o secuela funcional grave.
- Tiempos de llegada según tipo de intervención: Se debe desglosar el tipo de intervención por el tiempo de llegada desde que se genera la indicación de salida del móvil desde el centro regulado al momento de llegada al lugar del incidente. Los tramos de tiempos son: 0 a 20 minutos, 20 a 40 minutos y más de 40 minutos.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de intervenciones clínicas pre hospitalarias de cada uno de los móviles que salen desde el Centro Regulador de acuerdo a su clasificación, asegurando así que todo movimiento asociado a estos equipos esté respaldado por una llamada válida al SAMU.

Debe detallar su desglose por tipo de intervención y los tiempos de llegada asociados a cada incidente. La fuente de información es el Centro Regulador SAMU.

Regla de consistencia:

R.1: El total de intervenciones debe ser consistente con su desglose por tiempo de llegada, tanto para las críticas como no críticas.

Sección L: Traslados primarios a unidades de Urgencia (desde el lugar del evento a Unidad de Emergencia)

Definiciones conceptuales:

La información que se registra en esta sección es generada por los establecimientos que reciben pacientes trasladados a la unidad de emergencia y está referida al medio de transporte y a la condición del paciente, crítico y no crítico (riesgo vital o no), es decir se refiere al transporte por parte del equipo de intervención prehospitalaria a una de emergencia desde el sitio del evento que gatillo la intervención. Este traslado se realiza por MOVIL SAMU básico o Móvil SAMU Avanzado.

- Traslado básico**:** Es el que se realiza desde el lugar donde se produce el evento, (que puede ser la vía pública o el domicilio), hasta una unidad de emergencia para su atención. Corresponde al transporte de pacientes que no tienen compromiso vital, con escasa o nula potencialidad de agravación. El equipamiento de esta ambulancia, por lo tanto, no necesita ser complejo y el requerimiento está dado por lo necesario para asegurar la posición del paciente y algún elemento de ayuda básica. Dentro de éstos se contemplan elementos de inmovilización y extricación y de manejo no invasivo de la vía aérea.

  Su tripulación considera dos personas; un conductor y un Técnico Paramédico, ambos debidamente capacitados en atención prehospitalaria.

- Traslado avanzado: Corresponde al transporte de pacientes con compromiso vital, que pueden o no estar inestables. El equipamiento de este móvil incluye, además de los especificados en la ambulancia básica, elementos necesarios para apoyar un procedimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada, elementos de manejo avanzado de la vía aérea, acceso vascular, soporte farmacológico, monitorización y / o desfibrilación.

- Traslado enrutado: Corresponde al traslado de pacientes en un móvil básico que no pertenece a la dotación SAMU, pero que está regulado para traslado de pacientes por el Centro Regulador. Generalmente son móviles que pertenecen a hospitales de menor complejidad o establecimientos de APS.

- Traslado no SAMU: Se refiere al traslado de pacientes de urgencia en distintos medios de transporte clasificados en: terrestre (ambulancia básica), marítimo o aéreo.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de traslados de pacientes de urgencia efectuados en el mes, según el tipo de móvil o medio de transporte utilizado, desagregada esta información en total de traslados, traslados a beneficiarios y por compra de servicios u otros.

Compra de Servicio: Corresponde a aquellos traslados realizados a través de mecanismos de compra de servicios a empresas externas a los Servicios de Salud, en las distintas modalidades de Traslado.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección M: Traslado secundario (desde un establecimiento a otro)

Definiciones conceptuales:

Traslado secundario: Transporte de paciente por parte del equipo de intervención pre hospitalaria que se realiza en la red salud. Este transporte puede ser desde la Atención Primaria hacia un centro hospitalario, entre centros hospitalarios de menor o igual resolución a hacia centro con resolución fuera de su lugar de jurisdicción administrativa.

Traslado secundario de paciente crítico (profesionalizado): Se refiere al traslado de un paciente con riesgo vital, desde el lugar donde se produce el evento hasta una Unidad de Emergencia para su atención. Habitualmente el medio de transporte es por medio de ambulancias de Atención Pre hospitalaria Profesionalizados SAMU (Móvil M2-M3), o ambulancias privadas profesionalizadas.

Traslado secundario de paciente no crítico: Se refiere al traslado de un paciente sin riesgo vital a una UEH para su atención. El medio de transporte puede ser en Ambulancias Básicas de atención Pre hospitalaria SAMU (Móvil M1), ambulancias SAPU, otras ambulancias hospitalarias No SAMU o ambulancias privadas.

Traslado Secundario de Paciente Crítico Aéreo: Se refiere al traslado de un paciente crítico por vía área desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente Crítico Terrestre Profesionalizado: Se refiere al traslado de un paciente crítico por vía terrestre desde un establecimiento a otro. El medio de transporte puede ser Móviles M2 o M3, o ambulancias privadas profesionalizadas.

Traslado Secundario de Paciente Crítico Marítimo: Se refiere al traslado de un paciente crítico por vía marítima, desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente No Crítico Aéreo: Se refiere al traslado de un paciente no crítico por vía aérea desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente No Crítico Terrestre: Se refiere al traslado de un paciente no crítico (sin riesgo vital) por vía terrestre y el medio de transporte puede ser Móvil 1, Ambulancias SAPU u otra ambulancia, desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente No Crítico Marítimo: Se refiere al traslado de un paciente no crítico por vía marítima desde un establecimiento a otro.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de pacientes que son trasladados a la UEH, según tipo de traslado (SAMU y no SAMU) durante el mes, desagregando esta información en tipo de traslado, total de traslados, traslados a beneficiarios, por compra de servicios y otros.

- **Compra de Servicio**: Corresponde a aquellos traslados realizados a través de mecanismos de Compra de Servicios a empresas externas a los Servicios de Salud, en las distintas modalidades de Traslado.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

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

Definiciones conceptuales:

Con la finalidad de monitorear las principales causas de intervención de los equipos de traslado SAMU se incluyen:

- Síndrome Coronario Agudo: Conjunto de signos y síntomas atribuibles a dolor torácico no traumático que tienen un origen de tipo isquémico. Incluye los Infartos Agudos al Miocardio con supradesnivel, sin supradesnivel y las anginas inestables.
- Paro Cardiorrespiratorio: Es la detención de la capacidad de la respiración y de latido cardiaco de un individuo que requiere un soporte cardiorrespiratorio tiempo dependiente.
- Politraumatismo: Incluye a todo que provoca lesiones de origen traumático que afecta al menos dos sistemas, de las cuales al menos una de ellas puede comprometer la vida. En niños, considerando su tamaño y su escasa volemia, las fracturas múltiples constituyen también un politraumatismo.
- Otros: Incluye patologías tales como, Ataque Cerebrovascular definido como una emergencia médica, que ocurre cuando se interrumpe el flujo sanguíneo cerebral a un territorio del cerebro producto de una obstrucción súbita del flujo o producto de un evento hemorrágico no traumático cerebral.

Definiciones operacionales:

Se registra cada una de las causas según sexo y edad desagregada por grupos quinquenales.

Regla de consistencia:

R.1: La sumatoria de cada uno de los grupos debe ser coincidente con la columna total desagregadas según sexo y total.

Sección O: Atenciones en urgencia por violencia sexual

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las atenciones en las Unidades de Emergencia por causa de violencia sexual. Las cuales se desagregan en ocurridas:

- En 72 horas o menos: Agresión sexual ocurrida hace 72 horas o menos. Se debe administrar profilaxis de VIH e ITS y vacuna anti-hepatitis B. Si corresponde, se debe entregar anticoncepción de emergencia.
- Más de 72 horas: Agresión sexual ocurrida en un tiempo superior a 72 horas. Se puede entregar anticoncepción de emergencia hasta 120 horas post agresión.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de usuarios atendidos por grupos etarios y sexo.

Se debe consignar el número de usuarias que recibieron anticoncepción de emergencia y las que no la recibieron. Además, aquellas victimas a su vez recibieron profilaxis VIH y/o ITS y hepatitis B.

Exclusivamente en víctimas de 18 o más años, se debe registrar la relación con el victimario y según sexo. Se excluye el dato en el caso de menores de 18 años, dado que la ley 21057, expresa que está prohibido preguntar sobre los hechos ocurridos y antecedentes sobre el agresor.

- Pareja / Ex Pareja: Quien sea o haya sido cónyuge o conviviente (Ley 20.066), esté o haya estado en una relación afectiva formalizada (ejemplo: un pololeo) o medianamente formalizada (ejemplo: una relación no sea nombrada oficialmente como pareja).
- Familiar: Quien sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. (Ley 20.066)
- Conocido: Persona con quien se tiene trato o comunicación, pero no relación afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).
- Desconocido: Persona no conocida o extraña que no tenga ningún tipo de relación amistosa, afectiva o familiar (sea ésta sanguínea o no).

Reglas de consistencia:

R.1: La sumatoria de cada uno de los grupos quinquenales según sexo debe ser coincidente con la sumatorias de total y sexo.

R.2: La sumatoria de las columnas relacionadas con victimario debe ser concordante con el total y a su vez, éstas con su detalle por hombre y mujer, en el caso de víctimas de 18 años o más.

Sección P: Atenciones médicas por violencia sexual con realización o indicación de peritaje.

Definiciones conceptuales:

Las atenciones médicas con peritaje realizadas por violencia sexual en las unidades de Emergencia, puede ser realizada por médicos con o sin especialidad, si el fiscal así lo determina. Sin embargo, lo óptimo es que este peritaje sea realizado por médicos peritos en sexología forense, con el objetivo de mejorar la pesquisa sexológica forense, evitando de esta manera la victimización secundaria en personas que sufren delitos sexuales, especialmente en niños, niñas y adolescentes.

Esta sección se desagrega por tipo de atención:

a) Atención por Médicos Peritos: Atención ejecutada por médicos que han realizado la formación en peritaje forense y que obligatoriamente deben estar inscritos en "Registro Nacional de Peritos en Sexología Forense". La atención de estos especialistas puede estar dada de dos formas:

b) Atención otros Médicos: Atención realizada por médicos con o sin especialidad determinada, que **no** están inscritos en el "Registro nacional de Peritos en Sexología Forense" y que, a propósito de la indicación del fiscal de turno, debe realizar el peritaje.

a. En jornada laboral (de turno): Se refiere a médicos inscritos en el "Registro Nacional de Peritos en sexología Forenses", que realizan la atención, estando en su jornada de contrato laboral.

c) De llamada: Médicos peritos inscritos en el "Registro Nacional de peritos en sexología Forense", que no estando en su jornada laboral en la institución, acuden de llamada a realizar el peritaje

Definiciones operacionales:

Corresponde a la prestación de Médicos-Peritos Forenses, y/o otros Médicos de las Unidades de Emergencia Hospitalaria, que, por indicación del fiscal, deben realizar peritaje sexológico. Realizan la prestación en su jornada laboral o en modalidad de llamada.

Regla de consistencia:

R.1: El total de esta sección debe ser menor o igual al total de sección K

Sección Q: Atenciones de urgencia asociadas a lesiones autoinfligidas

Definiciones conceptuales:

Corresponden a las atenciones en que se detecta que el paciente se ha autoprovocado daño con o sin intención de suicidarse

Definición operacional:

Corresponde registrar las atenciones otorgadas a pacientes que presentan lesiones autoinfligidas, sin distinción del profesional médico o no médico que otorgue la atención. Se deberá registrar según grupo de edad y sexo.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección R: Atenciones en Servicio de Urgencia asociados a mordedura

Definiciones conceptuales

Mordeduras: Heridas provocadas por un animal cuando clava sus dientes en una zona del cuerpo (única) o en varias (múltiples).

La mordida puede ser provocada por distintos animales, entre los que destacan: perros, gatos, animales silvestres, roedores o animales de abasto, murciélagos, entre otros.

La rabia es una de las enfermedades desatendidas que afecta principalmente a poblaciones pobres y vulnerables que viven en zonas rurales remotas. Aunque hay inmunoglobulinas y vacunas para el ser humano que son eficaces para la prevención y el tratamiento, las personas que las necesitan no tienen fácil acceso a ellas. En general, las muertes causadas por la rabia raramente se notifican, y los niños de 5 a 14 años son víctimas frecuentes.

La transmisión a ser humano por mordedura de perros rabiosos se ha interrumpido casi por completo. Los casos mortales en humanos por contacto con zorros, mapaches, mofetas, chacales, mangostas y otros huéspedes carnívoros salvajes infectados son muy raros.

También puede haber transmisión al ser humano por contacto directo con mucosas o heridas cutáneas recientes con material infeccioso, generalmente saliva. La transmisión de persona a persona por mordeduras es teóricamente posible, pero nunca se ha confirmado.

La administración de vacuna antirrábica oportunamente interrumpe el período de incubación y exitosamente evita el cuadro clínico cuando es completado antes del inicio de los síntomas.

Hay vacunas antirrábicas que se pueden utilizar como inmunización anterior a la exposición. Se recomienda administrarlas a personas que tengan ocupaciones de alto riesgo.

Definición operacional:

Se registrarán todas las atenciones por mordeduras que fueron provocadas por un animal susceptible de contraer rabia y las exposiciones a murciélago, desagregadas por rango etario, por el tipo de mordedura (única o múltiple) y por la indicación de vacuna.

Regla de consistencia:

R.1: La indicación de vacuna debe ser igual o menor que el total de ambos sexos.

R.2: El total de las atenciones por tipo de mordedura debe ser coincidente con la suma de ambos sexos.

REM A09: ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA RED ASISTENCIAL

Corresponde a las actividades odontológicas realizadas tanto en Atención Primaria de Salud (APS) como en Nivel Secundario y Terciario y clínicas dentales móviles, con el objetivo de reducir la prevalencia de enfermedades bucales y mejorar la calidad de vida de la población beneficiaria a lo largo de su curso de vida. Contempla actividades promocionales, preventivas y recuperativas.

SECCIONES DEL REM-A.09

- **Sección A:** Consultas y controles odontológicos realizados en APS.
- **Sección B:** Actividades de odontología general realizados en Nivel Primario y Secundario de salud.
- **Sección C:** Ingresos y egresos en APS.
- **Sección D:** Interconsultas generadas en Establecimientos APS.
- **Sección E:** Consultas odontológicas en horario continuado.
- **Sección F:** Actividades de atención en especialidades odontológicas.
- **Sección F.1**: Actividades de imagenología oral y maxilofacial.
- **Sección G:** Programas Especiales y GES.
- **Sección G.1:** Programa Sembrando Sonrisas.
- **Sección H:** Sedación y anestesia.
- **Sección I:** Consultas, ingresos y egresos en especialidades odontológicas realizados en Nivel Primario y Secundario de Salud.
- **Sección J**: Actividades efectuadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienistas Dentales.
- **Sección K:** Consultorías de Especialidades Odontológicas.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A09

En REM-A.09, corresponde el registro de todas las prestaciones odontológicas realizadas en los distintos establecimientos que componen la Red Asistencial, ya sea de Odontología General como de Especialidades.

A continuación, se definen los siguientes conceptos:

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).

Paciente Diabético en Control Programa Salud Cardiovascular: Se refiere a usuarios diagnosticados con diabetes y que reciben atención multidisciplinaria de tratamiento otorgado en forma periódica por el programa cardiovascular y que recibieron prestaciones y/o tratamiento odontológico.

Compra de Servicio: Corresponde a las prestaciones que los establecimientos tanto de Nivel Primario como Secundario, los cuales compran a otros organismos, entidades o personas distintas del Servicio de Salud o Municipalidad, con el fin de disminuir listas de espera, para resolver problemas GES o Programas Odontológicos de Reforzamiento de la Atención Primaria.

Estas prestaciones, no deben ser desglosadas por edad ni sexo y no deben estar contenidas en el total ya que son servicios financiados con recursos adicionales.

Beneficiarios: Corresponde a usuarios afiliados al Fondo Nacional de Salud.

Sección A: Consultas y controles odontológicos realizados en APS

Definiciones conceptuales:

Atención de odontología general realizada en APS.

- Consulta de morbilidad odontológica: Es la atención que se otorga a solicitud del paciente, con el objetivo de dar solución a un problema puntual de salud oral que éste demande. Esta prestación incluye anamnesis, examen, hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas. Un paciente puede recibir una o más atenciones en consulta de morbilidad odontológica en un año
- Control odontológico: Es la atención que se otorga al paciente, con el objeto de evaluar y mantener la salud oral integral, fomentando acciones y hábitos que contribuyan a proteger la salud bucal, identificando factores y conductas de riesgo de enfermar a través de medidas de prevención y control en forma precoz.
- Consulta de urgencia (GES): Corresponde a la atención otorgada al paciente por una urgencia odontológica ambulatoria (Garantía Explícita en Salud), que requiere un tratamiento odontológico inmediato e impostergable, cuya atención se otorga por demanda espontánea cada vez que el paciente cumple con los criterios definidos como GES.
- Inasistencia a consulta: Corresponde al registro de aquellas consultas de morbilidad, control odontológico y consulta de urgencia GES, a las cuales el paciente no acude y no es reconvertida.
- Las prestaciones se registran de acuerdo con grupos de edades, sexo, condición de gestante, 60 años, niños, niñas adolescentes y jóvenes Red SENAME, migrantes y situación discapacidad en aquellos usuarios que la presenten (Trastornos del Espectro Autista, Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, Epidermólisis Bullosa u otras que impliquen adaptación de la atención odontológica).
- El tipo de consulta es independiente del horario que se ejecute.

Definiciones operacionales:

Consulta de Morbilidad Odontológica: La consulta de morbilidad se registra en la sección A, cada vez que se realice una sesión. El detalle de las actividades efectuadas en la consulta de morbilidad se registra en la sección B (restauraciones, exodoncias que no constituyan urgencia, destartraje, etc.).

Se excluyen en este registro todas las consultas de morbilidad odontológicas asociadas a Programas de reforzamiento odontológico.

Control Odontológico: Se incluye el control con enfoque de riesgo odontológico (CERO), control posterior al alta odontológica, control posterior al término de tratamiento, control posterior a la consulta de urgencia y control posterior a la consulta de morbilidad.

En caso de que en alguno de los controles se determine la necesidad de tratamiento rehabilitador u otro, se debe derivar a consulta de morbilidad, según sea el caso.

Consulta de Urgencia (GES):

Las actividades realizadas en la consulta de urgencia se registran en la sección B.

Reglas de consistencia:

R.1: Las actividades de la columna correspondiente a 60 años deben estar incluidas en el grupo de 60 a 64 años.

R.2: Las actividades realizadas a población embarazadas deben estar incluidas en el grupo de edad que corresponda.

R.3: Las actividades realizadas a población con condición de discapacidad, en un establecimiento de salud, deben estar incluida en el grupo de edad que corresponda.

R.4: Los pacientes del Programa de Salud Cardiovascular deben estar contenidos en los grupos etarios.

Sección B: Actividades de odontología general realizados en Nivel Primario y Secundario de Salud.

Definiciones conceptuales:

En esta sección se consignan las actividades de promoción, prevención, recuperativas y de apoyo diagnóstico de odontología general realizadas en los Niveles Primario y Secundario de Salud.

a) Educación individual con instrucción de técnica de cepillado: Prestación que tiene como objetivo entregar herramientas para que el paciente y/o su cuidador(a) responsable, adquieran las habilidades necesarias para realizar un adecuado cepillado de dientes e higiene interdental, de tal forma que logre desorganizar la placa bacteriana o biofilm.

   Considera el control de placa bacteriana y la instrucción de técnicas de higiene oral, esta educación debe realizarse en toda persona que ingresa a tratamiento odontológico integral o a control con enfoque de riesgo odontológico, y puede repetirse en sesiones consecutivas, según necesidad hasta que cumpla el objetivo. Puede ser realizado en establecimiento de salud, domicilio u otro lugar adaptado para ello.

b) Consejería breve en tabaco: Intervención de carácter individual y personalizada, dirigida a adolescentes y mujeres gestantes, pudiendo ampliarse a adultos, con el objetivo de valorar estilos de vida saludables y aconsejar un cambio de conducta. Puede ser realizado en establecimiento de salud, domicilio u otro lugar adaptado para ello.

c) Examen de salud oral: Prestación proporcionada a cada persona, con el objetivo de diagnosticar su nivel de salud bucal y establecer un plan de tratamiento.

   Cada ingreso a tratamiento o a control con enfoque de riesgo odontológico debe incluir el examen de salud oral. Puede ser realizado en establecimiento de salud, domicilio u otro lugar adaptado para ello.

d) Aplicación de sellantes: Es la prestación que consiste en aplicar una barrera física en las superficies dentarias para prevenir que se inicie una lesión de caries o para detener la progresión de una. Indicados en niños y niñas de alto riesgo a partir de los 4 años y en dentición permanente de acuerdo con el estado eruptivo de molares y premolares.

   En el caso del sellante de vidrio ionómero puede ser realizado en establecimiento de salud, domicilio u otro lugar adaptado para ello.

e) Fluoruración tópica barniz: Prestación que consiste en la aplicación de flúor en la superficie de 1 o más dientes, como estrategia de protección específica indicada desde el inicio de la dentición primaria y según riesgo. Puede ser realizado en establecimiento de salud, domicilio u otro lugar adaptado para ello.

f) Actividad Interceptiva de anomalías dentomaxilares (OPI): Prestaciones que se desarrollan con el objetivo de prevenir, diagnosticar e interceptar anomalías dentomaxilares que se presentan durante el crecimiento y desarrollo cráneo facial y dentario.

   Se registra el diagnóstico, planificación de tratamiento interceptivo, controles, desgastes selectivos e instalación de aparato interceptivo para anomalías dentomaxilares.

g) Destartraje supragingival y pulido coronario: Corresponde a la sesión destinada a la eliminación de placa, sarro y tinciones de las superficies coronarias de los dientes.

h) Exodoncia: Es la extracción de un diente temporal o definitivo, indicada y/o programada o por urgencia, en cualquier nivel de atención.

i) Procedimiento Pulpar: Procedimiento que se realiza después de la remoción del tejido afectado por caries o trauma y antes de la restauración. Considera alguno de los siguientes procedimientos; pulpotomía, pulpectomía, recubrimiento pulpar directo, recubrimiento pulpar indirecto.

j) Acceso Cavitario: Acceso cavitario, acceso endodóntico o trepanación: "el acceso endodóntico es el procedimiento que considera el vaciamiento del contenido cameral y de los 2/3 cervicales de los conductos radiculares.

k) Restauración estética: Es la obturación definitiva de un diente temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante composite u otro material de obturación estético.

l) Restauración de amalgamas: Es la obturación definitiva de un diente temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas, mediante amalgama.

m) Obturaciones de vidrio ionómero: Es la obturación definitiva de un diente temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas, mediante vidrio ionómero.

n) Destartraje subgingival y pulido radicular por sextante: Corresponde al tratamiento terapéutico destinado a la remoción de placa bacteriana y tártaro de la superficie radicular (subgingival) por sextante, a través de instrumental manual y/o ultrasonido.

o) Tratamiento restaurador atraumático (ART): Tratamiento con enfoque mínimamente invasivo que incluye la extracción del tejido cariado con instrumentos manuales, en general sin uso de anestesia ni equipo eléctrico, y la restauración de la cavidad dental con un material adhesivo como vidrio ionómero.

   Se excluyen de este procedimiento las obturaciones de vidrio ionómero en cavidades realizadas con uso de turbina y/o micromotor. Puede realizarse en el establecimiento de salud, domicilio u otro lugar adaptado para ello.

p) Procedimientos médico-quirúrgicos: Prestaciones terapéuticas del tratamiento de la Urgencia odontológica ambulatoria, tales como drenajes, suturas, prescripción de medicamentos para el control del dolor y/o infección y otras prestaciones propias del tratamiento de urgencias odontológicas.

q) Radiografía intraoral (Retroalveolares, Bite Wing y Oclusales): Toma de radiografía como apoyo diagnóstico. Considera técnicas retroalveolares, Bite Wing y oclusales que se tomen en establecimientos de atención primaria y secundaria.

En esta sección, se registran todas las acciones de promoción, prevención, recuperativas y de apoyo diagnóstico de nivel primario en APS de acuerdo a grupos de edades, sexo, condición de gestante, beneficiarios, 60 años, niños, niñas adolescentes y jóvenes Red SENAME, migrantes y situación discapacidad en aquellos usuarios que la presenten.

Definiciones operacionales:

Aplicación de sellantes: Se registra una prestación por cada diente sellado.

Aplicación de barniz de flúor: Se registra una fluoración por sesión de aplicación de flúor barniz en una o todas las superficies dentarias.

Destartraje supragingival y pulido coronario: Se registra un destartraje supragingival y pulido coronario por sesión.

Procedimiento pulpar: Se registra una prestación por cada diente intervenido.

Acceso cavitario: Se registra una prestación por cada diente intervenido.

Restauración estética: Se registra por cada diente obturado.

Restauración de amalgama: Se registra por cada diente obturado.

Obturación de vidrio ionómero: Se registra por cada diente obturado.

Destartraje subgingival y pulido radicular por sextante: Se registra por sextante.

Tratamiento restaurador atraumático (ART): Se registra por cada pieza en que se realizó un tratamiento restaurador atraumático.

Procedimientos médico-quirúrgicos: Se registra cada sesión en la que se realicen procedimientos médico- quirúrgicos.

La radiografía intraoral: Corresponde registrar el número de placas radiográficas (una o más), según rango etario, sexo y condición (embarazada, beneficiario, grupo 60 años, compra de servicio y usuario en condición de discapacidad).

Reglas de consistencia:

R.1: Las actividades de la columna a 12 años deben estar incluidas en el grupo de 10 a 14 años.

R.2: Las actividades realizadas a población embarazadas deben estar incluidas en el grupo de edad que corresponda.

R.3: Las actividades realizadas a población con condición de discapacidad, en un establecimiento de salud, deben estar incluida en el grupo de edad que corresponda.

R.4: Las actividades de la columna correspondiente a 60 años deben estar incluidas en el grupo de 60 a 64 años.

Sección C: Ingresos y egresos en APS.

Definiciones conceptuales:

Esta sección abarca a los usuarios que se encuentran priorizados en población bajo control con enfoque de riesgo odontológico y las metas asociadas a cumplimiento en el nivel primario, por lo tanto, corresponderán a aquellos pacientes que se registran en la sección A "Consulta de Morbilidad" y "Control Odontológico".

a) Ingresos a tratamiento odontología general: Corresponde al usuario que inicia su tratamiento odontológico integral en APS.

   Todo usuario ingresado a tratamiento debe contar con su registro de CEOD o COPD según corresponda, número de dientes y, en lo posible, a partir de los 15 años también con registro del Examen Periodontal Básico (EPB).

   El tratamiento odontológico que continúa de un año calendario a otro (arrastre) no genera un nuevo ingreso a tratamiento.

b) Ingreso Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO): Corresponde a niños y niñas, que ingresan por primera vez al control con enfoque de riesgo odontológico al nivel primario de atención, con el fin de reforzar la promoción de la salud oral y de controlar periódicamente los factores de riesgo.

   Puede ser realizado en el establecimiento de salud, domicilio, otro lugar adaptado para ello o de forma remota en caso de cuarentenas.

c) Egreso Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO): Corresponde al total de niños, niñas y adolescentes que dejan de controlarse, ya sea por traslado, fallecimiento o edad.

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

e) Egresos por Fallecimiento: corresponde a las personas que egresan por fallecimiento por cualquier circunstancia.

f) Altas odontológicas preventivas: Corresponde al registro de personas a las que se le otorga un alta preventiva, ésta corresponde a las personas que una vez examinados no se les constaten patologías, pudiendo ser calificados como "sanos" y recibir medidas de prevención específicas como educación de cepillado de dientes y alimentación saludable, así como pudiendo ser calificados "en riesgo" y que, además de los refuerzos educativos respectivos, se le apliquen algunos de los siguientes tratamientos preventivos: profilaxis, aplicación de sellantes y aplicación de barniz de flúor, según edad.

g) Altas odontológicas integrales (excluye las altas dadas en los programas especiales de la sección G): Corresponde al registro de personas a las que se les otorga un alta integral, esta corresponde a las personas que han terminado su tratamiento de odontología general en APS, cumpliendo las etapas de examen, diagnóstico, entrega de refuerzo educativo, prevención específica, recuperación y de apoyo que sean pertinentes.

h) Altas odontológicas totales: Es la sumatoria de las altas preventivas e integrales.

i) Egresos por abandono: Corresponde a la ausencia o no presentación del usuario a una citación formal y conocida por él para una atención dental. Se considerará como abandono a la inasistencia a 3 citaciones continuas que fueron debidamente informadas al usuario, se incluye en esta definición los egresos a tratamiento de odontología general por fallecimiento o traslado de centro de salud.

j) Índice COPD o CEOD en pacientes ingresados: Índice odontológico de patología de caries que establece la sumatoria de dientes cariados, obturados y/o perdidos por caries, ya sea en dientes definitivos (COPD) o en dientes temporales (CEOD). Para las niñas y niños menores de 7 años, se considerarán los dientes temporales para el registro de CEOD. A partir de los 7 años, se registrará el índice COPD, para dientes definitivos.

k) N° de dientes (total de dientes en boca): Corresponde a la sumatoria de los dientes presentes en boca. En dentición mixta se suman los dientes primarios y permanentes.

   El registro del total de dientes en boca se debe realizar sólo una vez al año, ya sea en Control con enfoque de riesgo odontológico, al momento del Ingreso a tratamiento de odontología general o en la primera consulta de morbilidad del año.

l) Código Examen Periodontal Básico en pacientes ingresados: índice odontológico de tamizaje de enfermedad periodontal que permite establecer las necesidades de tratamiento, se debe registrar el código de mayor valor observado según Orientación Técnica MINSAL disponible en *https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/2018.01.23_OT-enfermedades-gingivales-y-periodontales.pdf*

Definiciones operacionales:

Ingresos o egresos de acuerdo con grupos de edades o de riesgo, sexo, 12 años, condición de gestante, 60 años, compra de servicio, niños, niñas, adolescentes y jóvenes de la Red SENAME, migrantes, usuarios en situación discapacidad y pacientes PSCV.

Altas odontológicas han de ser registradas por número de personas y no por actividades en el año, vale decir se podrá registrar sólo un tipo de alta por usuario por año calendario.

Altas integrales GES embarazadas de APS, han de ser registradas en esta sección. Si la gestante es derivada a nivel secundario, esta debe ser dada de alta en APS (alta básica de nivel primario no implica cerrar caso en SIGGES) y el establecimiento que la recibe registrará las actividades otorgadas, su ingreso y el alta de nivel secundario dependiendo de la especialidad resuelta debe ser registrada en la sección F e I respectivamente.

Altas preventivas en GES 60 años, si se presentan del tipo preventiva (usuario sano o en riesgo sin daño) deben ser registradas en esta sección, sin embargo, si el alta otorgada a un adulto de 60 años es integral (incluye prestaciones de Programa de Reforzamiento) debe ser registrada en sección G, pues forma parte de altas que se resuelven con recursos extraordinarios, en este caso GES 60 años.

Egresos por abandono, corresponde anotar el número de usuarios que abandonaron su tratamiento de odontología general, quedando el tratamiento inconcluso, independiente si la causa es por 3 inasistencia continua, fallecimiento o traslado de centro de salud.

Índice COPD o CEOD en pacientes ingresados a odontología general se debe registrar sólo al momento del Ingreso a tratamiento odontología general o ingreso a control con enfoque de riesgo odontológico y en forma anual para aquellos usuarios que se mantengan en control con enfoque de riesgo odontológico.

Código Examen Periodontal Básico en pacientes ingresados a odontología general: Registrar al momento del Ingreso a tratamiento odontología general a partir de los 15 años de edad. Entre los 15 y 17 años se realiza el EPB Simplificado que considera examinar la profundidad al sondaje de los 6 dientes índices y, desde los 18 años y más se realiza el EPB Completo que considera, examinar la profundidad al sondaje de todos los dientes en los 6 sextantes. En ambas versiones se registra el código de mayor valor observado ya sea de los dientes índices o de los sextantes.

N° de dientes (total de dientes en boca): Para el registro, se considerará que un diente está presente en boca cuando alguna parte de él es visible. En este recuento se incluyen los terceros molares. El registro del total de dientes en boca se debe realizar sólo una vez al año, ya sea en Control con enfoque de riesgo odontológico, al momento del Ingreso a tratamiento de odontología general o en la primera consulta de morbilidad del año.

Reglas de consistencia:

R.1: Las altas totales deben ser consistentes con los ingresos a tratamiento. Si existe variación entre ingresos y altas, se justificarán como abandonos o por traspaso de pacientes en tratamiento de un período a otro.

R.2: Los grupos específicos deben estar incluidos según tipo de edad y sexo.

R.3: Los pacientes del Programa de Salud Cardiovascular deben estar contenidos en los grupos etarios.

Sección D: Interconsultas generadas en establecimientos APS.

Definiciones conceptuales:

Son todas aquellas Solicitudes de Interconsulta (SIC) que se emiten desde APS hacia los niveles de mayor complejidad, independiente de que el profesional que la emita sea odontólogo general o especialista. *Este registro sirve para dar cuenta de las necesidades de tratamiento de especialidad.*

En casos con modelo de contraloría (odontólogo contralor) incorporadas, considerar sólo las interconsultas pertinentes ya validadas por contralor en sección D.

El registro completo del total de demanda (incluida la no pertinente a nivel local, debe ser registrada en sistema de referencia Ges y no GES existente).

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el total de interconsultas generadas para las especialidades de Endodoncia, Rehabilitación Oral (sea para prótesis fija o removible), Cirugía Bucal, Cirugía y Traumatología Máxilo Facial, Odontopediatría, Ortodoncia y Ortopedia dentomaxilar, Periodoncia, Trastornos Temporo-Mandibulares y Somatoprótesis.

En el caso de las gestantes, se registran las interconsultas a tratamiento en el nivel secundario, para llevar un registro de demanda en el contexto GES salud oral integral de la embarazada.

Registrar, además, por condición de gestante, 60 años, niños, niñas, adolescentes y jóvenes población SENAME, migrantes y usuarios en situación de discapacidad.

Regla de consistencia:

R.1: Debe existir consistencia en el número de SIC emitidas y registradas vía REM con casos reportados vía sistema de referencia GES y no GES (SIGGES y módulos referencia o RNLE). En casos con referencia electrónica en que se incluye contraloría odontológica, la consistencia debe darse con el volumen de SIC catalogadas como pertinentes.

Sección E: Consultas odontológicas en horario continuado (incluidas en Secciones A y B. Excluye extensiones horarias de Sección G)

Definiciones conceptuales:

Corresponde al total de consultas odontológicas percapitadas efectuadas por Odontólogos durante las horas trabajadas por concepto de horario continuado (Extensión Horaria o atención en día Sábado, Domingo o Festivo).

Definiciones operacionales:

En esta sección se deben registrar las consultas que se realizan fuera de la jornada normal del establecimiento por sexo de los pacientes.

No se deben registrar en esta sección las consultas en extensión horaria por Programas de Reforzamiento

Regla de consistencia:

R.1: Dichas actividades deben registrarse en su detalle en sección A y B (tipo de consulta y acciones realizadas).

Sección F: Actividades de atención en Especialidades Odontológicas.

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las actividades de especialidad ejecutadas por el/la profesional Odontólogo/a con su especialidad reconocida en la Superintendencia de Salud, en los distintos Niveles de Atención de Salud, excepto, aquellas actividades que se realizan a través de la ejecución del Programa de Reforzamiento de APS, cuyo registro se debe tributar en la Sección G.

Examen y diagnóstico de especialidad: Es la atención clínica de especialidad proporcionada por parte del/la odontólogo/a al paciente, con el objetivo de diagnosticar el estado de salud bucal y establecer un plan de tratamiento y seguimiento.

Educación en Salud Bucal: Corresponde a las actividades destinadas a generar aprendizajes en las personas para fortalecer sus capacidades de autocuidado de la salud bucal, considera promoción de estilos de vida y prácticas saludables y prevención de enfermedades bucales.

Respuesta a Interconsulta personas hospitalizadas: Es la prestación clínica de especialidad que el/la odontólogo/a realiza a pacientes hospitalizados en respuesta a una SIC proveniente desde un Servicio clínico no odontológico, incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes y/o intervenciones terapéuticas.

Visita a sala: Es la atención clínica de especialidad que el/la odontólogo/a realiza al paciente a quien previamente indicó hospitalización o al paciente que evaluó mediante interconsulta hospitalizado, con el objetivo de hacer evaluaciones clínicas de seguimiento.

Contraloría clínica**:** Conjunto de actividades realizadas por el/la odontólogo/a cuyo objetivo es la visación de la interconsulta previo a la atención de especialidad. Contempla: verificar el cumplimiento de la pertinencia clínica y administrativa según el protocolo establecido; verificar que las solicitudes de interconsulta (SIC) estén con todos los campos administrativos y clínicos completos; categorizar la priorización de la SIC según lo establecido en protocolo de referencia y contrarreferencia vigente, para posteriormente indicar agendamiento de paciente.

Cirugía tercer molar: Intervenciones que conllevan a la extracción quirúrgica de un tercer molar. Esta actividad se encuentra contenida en la sección Cirugía menor ambulatoria.

Cirugía menor ambulatoria: Acto quirúrgico de corta duración, realizado sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, que generalmente requiere la aplicación de anestesia local y cuya realización conlleva bajo riesgo y mínimas complicaciones post quirúrgicas.

Tratamiento de traumatismo dento alveolar: Corresponde al tratamiento de lesiones traumáticas que afectan al diente y las estructuras de soporte.

Obturación directa: Procedimiento que consiste en preparación la cavidad y colocación de material restaurador en la cavidad de forma inmediata y directa, con el fin de devolver forma y función al diente.

Obturación indirecta (inlays u onlays): Procedimiento que involucra la confección del material restaurador en laboratorio y la colocación y cementado en el diente donde previamente se ha realizado la impresión, con el fin de devolver forma y función al diente.

Instalación aparato removible ortodóncico: Procedimiento que consiste en la colocación y ajuste de aparatos removibles intraoral o extraoral.

Instalación aparato fijo ortodóncico**:** Procedimiento que consiste en la instalación de aparatos fijos.

Instalación aparato de contención ortodóncico: Procedimiento a través del cual, se realiza una contención fija y/o removible en el maxilar inferior y/o superior.

Retiro aparatología de ortodoncia**:** Procedimiento a través del cual, se retiran los aparatos fijos o removibles.

Ortopedia pre-quirúrgica**:** Procedimiento que consiste en la instalación de placas obturadoras en edades tempranas de pacientes que presentan fisura labio-palatina, para la disminución de las secuelas de esta anomalía.

Ortodoncia Preventiva e Interceptiva (OPI): Conjunto de acciones tendientes a promover hábitos favorables para el adecuado desarrollo maxilofacial y detener o atenuar, a través de acciones no invasivas, alteraciones dentomaxilares en sus primeras etapas.

Tratamiento de endodoncia unirradicular: Procedimiento mediante el cual se elimina el tejido pulpar, se instrumenta y obtura el canal o conducto radicular de un diente.

Tratamiento de endodoncia birradicular: Procedimiento mediante el cual se elimina el tejido pulpar, se instrumenta y obtura dos canales o conductos radiculares de un diente.

Tratamiento de endodoncia multirradicular**:** Procedimiento mediante el cual se elimina el tejido pulpar, se instrumenta y obtura más de dos canales o conductos radiculares de un diente.

Inducción al cierre apical: Conjunto de acciones cuyo objetivo es conseguir la aposición de tejidos duros que cierren el ápice a modo de obturar el o los canales radiculares sin extrusión de los materiales al periápice.

Retratamiento de Endodoncia: Procedimientos endodónticos que consisten en la eliminación de material existente, nueva limpieza y conformación del conducto, suele realizarse cuando el tratamiento inicial es inadecuado o ha fracasado o el conducto se ve contaminado nuevamente por una exposición prolongada con el medio oral.

Cirugía apical: Intervención quirúrgica que tiene como finalidad extirpar el ápice dentario y eliminar tejidos de origen infeccioso y/o inflamatorio crónico presente en la zona.

Adaptación a la atención odontológica: Aplicación de técnicas tendientes a lograr mejoras o cambios en el comportamiento del individuo frente a la atención odontológica.

Procedimiento restaurador (Odontopediatría): Procedimiento ejecutado por profesional odontopediatra, que consiste en la recuperación de la salud bucal mediante obturaciones directas.

Procedimiento pulpar (Odontopediatría): Procedimiento ejecutado en diente primario por profesional odontopediatra, con el objetivo de mantener la integridad y salud del diente y sus tejidos de soporte, mediante recubrimientos pulpares, pulpotomías o pulpectomías.

Cirugía ambulatoria (Odontopediatría): Acto quirúrgico ejecutado por profesional odontopediatra, que pudiese requerir, anestesia local, sedación profunda, anestesia general o anestesia regional. La realización conlleva mínimas riesgos de complicaciones post quirúrgicas y no requiere hospitalización. Esta actividad se encuentra contenida en la sección Cirugía menor ambulatoria.

Destartraje subgingival o pulido radicular**:** Corresponde al tratamiento terapéutico destinado a remover la placa bacteriana y tártaro de la región subgingival y/o de la zona radicular.

Destartraje supragingival o pulido coronario: Corresponde al tratamiento terapéutico destinado a remover la placa bacteriana y tártaro de la región supragingival y/o de la zona coronaria.

Procedimiento quirúrgico (Periodoncia): Procedimiento destinado a preservar el periodonto que se ve afectado por distintos grados de enfermedades, independiente de la/las técnicas quirúrgicas utilizadas.

Procedimiento quirúrgico periimplantar (Periodoncia): Procedimiento destinado a exponer la superficie del implante que ha sido contaminado con biofilm tratándola tanto física como químicamente o través de mejora de fenotipo gingival, para proceder a su bio-compatibilización con los tejidos periimplantarios.

Ferulización: Corresponde a la inmovilización del diente por medio de un dispositivo rígido y fijo.

Rehabilitación mediante prótesis removible acrílica parcial o total: Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante aparatología removible de material acrílico.

Rehabilitación mediante prótesis removible metálica parcial: Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante aparatología removible de material metálico.

Rehabilitación mediante prótesis fija unitaria o plural: Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante aparatología fija.

Rehabilitación mediante prótesis fija implantoasistida: Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante implantes dentales.

Rehabilitación mediante prótesis muco-implantoasistida: Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante sobredentadura.

Reparación de prótesis: Procedimiento clínico dirigido a la reparación de elementos protésicos, lo cual puede ser temporal o definitivo.

Implantología Quirúrgica: Procedimientos clínicos quirúrgicos dirigidos a la instalación de elementos o dispositivos que permiten la osteointegración en tejido óseo maxilar o mandibular y procedimientos relacionados.

Toma de biopsia: procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción parcial o completa de la lesión de tejidos blandos y/o duros, con el fin de realizar un estudio histopatológico y establecer un diagnóstico.

Estudio histopatológico: Estudio que contempla el examen macroscópico y microscópico de tejidos biológicos y la elaboración del informe correspondiente.

Sialometría: Procedimiento destinado a medir el flujo salival en reposo o estimulado, para determinar una valoración objetiva de riesgo de caries y patología de la mucosa oral.

Terapia farmacológica de lesiones del territorio oral y maxilofacial**:** Terapia basada en el manejo farmacológico de patologías del territorio oral y/o maxilofacial.

Terapia no farmacológica de lesiones del territorio oral y maxilofacial: Terapia basada en el manejo no farmacológico de patologías del territorio oral y/o maxilofacial, como por ejemplo laserterapia, micromarsupialización, entre otros.

Estudio clínico lesiones del territorio oral maxilofacial: Conjunto de acciones realizadas para el diagnóstico de lesiones del territorio oral y/o maxilofacial, apoyadas en herramientas de examen clínico, imagenológicas y laboratoriales.

Terapia física en Trastornos temporomandibulares (TTM) y dolor orofacial (DOF): Considera el manejo de TTM, a través de métodos terapéuticos no farmacológicos como pueden ser, Ultrasonido, TENS, calor, frío o ejercicios.

Infiltración de Articulación Temporo Mandibular (ATM): Procedimiento de carácter mínimamente invasivo, que consiste en la inyección de un medicamento ya sea peri y/o intra-articularmente en relación a la ATM, para que este actúe directamente en la zona lesionada. Se utiliza en procesos inflamatorios agudos o crónicos con el objetivo de aliviar el dolor, recuperar la movilidad y acelerar el proceso reparativo.

Bloqueo anestésico y/o medicamentoso en TTM y DOF: Procedimiento de carácter mínimamente invasivo, que consiste en la inyección de anestésico local y/o medicamento en relación a tejidos blandos, nervios y/o tejidos duros de la región orofacial. Puede tener un objetivo diagnóstico y/o un fin terapéutico.

Artrocentesis en Articulación Temporo mandibular (ATM): Procedimiento de carácter mínimamente invasivo, que consiste en instilar con suero fisiológico el interior de la ATM de forma continua, mediante la entrada y salida del líquido, con el objetivo de ejercer una distensión de la cápsula articular, liberando las adherencias que puedan existir y el lavado en el interior de la articulación para arrastrar elementos formes, detritus, microcristales y citocinas que favorecen y promueven la inflamación y la destrucción de la articulación.

Terapia bioconductual: Acción clínica dirigida a la modificación de malos hábitos orales, en específico en relación al bruxismo de vigilia. En ella, al paciente inicialmente se le dan indicaciones para observar intensidad, frecuencia y factores asociados al mal hábito de apriete dentario diurno. Luego, se le entrena mediante diferentes estrategias para aprender a adoptar una posición de reposo mandibular, para finalmente aplicar lo aprendido en la eliminación del mal hábito ya mencionado. Incluye también Higiene del Sueño.

Desgaste selectivo: Acción clínica sustractiva en relación con el ajuste de contactos oclusales.

Instalación de dispositivo ortopédico: Instalación de un dispositivo intraoral de acrílico en el maxilar o mandíbula, y que se utiliza para la estabilización oclusal, protección de los dientes y restauraciones, así como también para el manejo ortopédico de los TTM.

Actividades Somatoprótesis: Prestaciones ejecutadas por profesional odontólogo relacionadas con la confección e instalación de dispositivos protésicos maxilofaciales.

Rehabilitación de prótesis maxilofacial: Procedimiento clínico dirigido a la rehabilitación protésica de pacientes con defectos congénitos o adquiridos de la región maxilofacial.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registran aquellas actividades que el profesional Odontólogo Especialista realiza en los distintos Niveles de Atención de Salud.

No registrar actividades que se realizan a través de la ejecución del Programa de Reforzamiento de APS, cuyo registro se debe tributar en la Sección G.

Los registros deben ser desagregados por grupo de riesgo, sexo, si correspondiera a compra de servicio (la cual no debe ser desagregada por las variables mencionadas anteriormente, consignándose el registro sólo en la columna destinada para esos fines), embarazadas, 60 años, usuarios en situación de discapacidad, niños, niñas, adolescentes y jóvenes población SENAME y migrantes.

Examen y diagnóstico de especialidad: Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha atención.

Educación en salud bucal: Registrar la sesión independiente de las temáticas y estrategias abordadas en la sesión.

Respuesta a interconsultas personas hospitalizadas: Registrar la atención del paciente hospitalizado, que ha sido solicitada mediante una interconsulta.

Visita a sala: Registrar el número de pacientes atendidos en cada visita.

Contraloría clínica: registrar número de interconsultas visadas.

Cirugía tercer molar: registrar número de terceros molares extraídos (registrar por diente).

Cirugía menor ambulatoria: Registrar la intervención quirúrgica (determinada por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención (incluye cirugía del tercer molar como una cirugía menor independiente de las piezas extraídas), debe también registra la cirugía ambulatoria (odontopediatría) y procedimiento quirúrgico (periodoncia) si el procedimiento realizado es cirugía menor. Si la prestación del especialista se realiza en el quirófano por falta de reciento de cirugía menor en el establecimiento, el registro siempre será en esta sección.

Tratamiento de traumatismos dento alveolares: Registrar la atención de urgencia (sesión), destinada a recuperar la estética y funcionalidad de áreas dentoalveolares que han sufrido traumatismos, independiente de las actividades realizadas en dicha atención.

Obturación directa: Registrar el número de dientes obturados.

Obturación indirecta (inlays u onlays): Registrar el número de dientes obturados, independiente de la técnica de confección, sea inlays u onlays.

Instalación aparato removible ortodóncico: Registrar el número de aparatos instalados.

Instalación aparato fijo ortodóncico: Registrar el número de aparatos instalados.

Instalación aparato de contención ortodóncico: Registrar el número de aparatos instalados, ya sean fijos o removibles.

Retiro aparatología de ortodoncia: Registrar el número de aparatos retirados, ya sean fijos o removibles.

Ortopedia pre- quirúrgica: Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Ortodoncia Preventiva e Interceptiva (OPI): Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Tratamiento de endodoncia unirradicular: Registrar el número de tratamientos de endodoncia finalizados, en dientes unirradiculares.

Tratamiento de endodoncia birradicular: Registrar el número de tratamientos de endodoncia finalizados, en dientes birradiculares.

Tratamiento de endodoncia multirradicular: Registrar el número de tratamientos de endodoncia finalizados, en dientes multirradiculares.

Inducción al cierre apical: Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Retratamiento de endodoncia: Registrar el número de retratamientos, independientes del número de canales radiculares.

Cirugía apical: Registrar la intervención quirúrgica (determinada por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención.

Adaptación a la atención odontológica por sesión: Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Procedimiento restaurador (Odontopediatría): Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Procedimiento pulpar (Odontopediatría): Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Cirugía ambulatoria (Odontopediatría): Registrar la intervención quirúrgica (determinada por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención.

Destartraje subgingival o pulido radicular: Registrar la actividad por sextante.

Destartraje supragingival o pulido coronario: Registrar la actividad por sextante.

Procedimiento quirúrgico (Periodoncia): Registrar la intervención quirúrgica (determinadas por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención.

Procedimiento quirúrgico periimplantar (Periodoncia): Registrar la intervención quirúrgica (determinadas por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención.

Ferulización: Registrar la atención (sesión) en que se realiza el procedimiento.

Rehabilitación mediante prótesis removible acrílica parcial o total: Registrar el número de aparatos protésicos removibles instalados, de material acrílico, sin distinguir el tipo de rehabilitación parcial o total.

Rehabilitación mediante prótesis removible metálica parcial**:** Registrar el número de aparatos protésicos removibles instalados, de material metálico.

Rehabilitación mediante prótesis fija unitaria o plural: Registrar el número de prótesis fija unitaria o plural instalada sobre estructura dentaria.

Rehabilitación mediante prótesis fija implantoasistida: Registrar el número de prótesis fija implantosoportada instalada.

Rehabilitación mediante prótesis muco-implantoasistida: Registrar el número de prótesis muco-implantosoportada instalada.

Reparación de prótesis: Registrar el número de prótesis reparadas, ya sean reparaciones simples, compuestas, reajustes y/o rebasados.

Implantología Quirúrgica: Registrar la intervención quirúrgica (determinadas por un tiempo quirúrgico), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención.

Toma de biopsia**:** Registrar el número de intervenciones quirúrgicas, independiente del número de muestras tomadas en dicha intervención.

Estudio histopatológico: Registrar el número de exámenes realizados (independiente de la técnica utilizada) con el respectivo informe anatomopatológico.

Sialometría: Registrar el número de procedimientos realizados.

Terapia farmacológica de lesiones del territorio oral y maxilofacial: Registrar el número de sesiones para el acompañamiento de la terapia farmacológicas.

Terapia no farmacológica de lesiones del territorio oral y maxilofacial: Registrar el número de sesiones para el acompañamiento de la terapia no farmacológica.

Estudio clínico lesiones del territorio oral maxilofacial: Registrar el número de sesiones realizadas hasta el diagnóstico.

Terapia física en Trastornos Temporomandibulares (TTM) y Dolor Orofacial (DOF): Registrar el número de terapias físicas utilizadas.

Infiltración de Articulación Temporo mandibular (ATM): Registrar el número de infiltraciones realizadas.

Bloqueo anestésico y/o medicamentoso en TTM y DOF: Registrar el número de inyecciones de anestésicos locales y/ medicamentosos realizadas.

Artrocentesis en Articulación Temporo Mandibular (ATM): Registrar el número de instilaciones realizadas.

Terapia bioconductual: Registrar la atención (una sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Desgaste selectivo: Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Instalación de dispositivo ortopédico: Registrar el total de dispositivos intraorales instalados.

Actividades Somatoprótesis: Registrar el número de prótesis instaladas.

Rehabilitación de prótesis maxilofacial: Registrar la atención (sesión) en que se realiza el procedimiento

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F.1: Actividades de Imagenología Oral y Maxilofacial.

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las actividades de Imagenología oral y maxilofacial que constituyen un apoyo en la atención de otras especialidades. Son las siguientes actividades:

- Radiografía intraoral mediante técnicas retroalveolares (por placa)
- Radiografía intraoral mediante técnica bite wing (por placa)
- Radiografía extraoral (por placa)
- Radiografía oclusal (por placa)
- Telerradiografía (por placa)
- Radiografía panorámica (por placa)
- Tomografía computacional máxilo facial cone beam (por volumen adquirido)
- Sialografías (por procedimiento)
- Procedimiento imagenológico complejo (por procedimiento)

Definiciones operacionales:

En esta sección se deben registrar las actividades mencionadas de apoyo en atención a especialidades, según grupos de edades y grupos objetivos de acuerdo con lo definido por el programa.

Radiografía intraoral mediante técnicas retroalveolares (por placa): Registrar las técnicas retroalveolares que se tomen. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

Radiografía intraoral mediante técnica Bite Wing (por placa): Registrar por cada examen radiográfico tomado requerido para completar el estudio mediante técnica Bite Wing. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

Radiografía extra oral (por placa): Registrar cada examen radiográfico extra oral tomado. Incluye el informe de su interpretación radiográfica. No se debe incorporar en este registro, la telerradiografía, radiografía panorámica o TC cone beam.

Radiografía oclusal (por placa): Registrar cada examen radiográfico oclusal tomado. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

Telerradiografía (por placa): Registrar cada telerradiografía tomada, sea frontal o lateral, digital o análoga. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

Radiografía panorámica (por placa): Registrar cada radiografía panorámica tomada, digital o análoga. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

Tomografía computacional máxilo facial cone beam (por volumen adquirido): Registrar cada tomografía cone beam adquirida. Incluye el informe de la interpretación de los hallazgos.

Sialografías (por procedimiento): Registrar el procedimiento de inyección del medio de contraste, seguimiento y evaluación. El número de placas tomadas utilizando esta técnica diagnóstica, se registra en el rubro radiografías extraorales. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

Procedimiento imagenológico complejo (por procedimiento): Registrar cada examen de tomografía computada, ultrasonido y resonancia magnética del territorio maxilofacial. Incluye el informe de su interpretación radiográfica.

Reglas de consistencia:

R.1: El detalle por grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Usuarios embarazadas, beneficiarios, niños, niñas, adolescentes y jóvenes población SENAME, migrantes, usuarios con discapacidad y 60 años deben ser registrados en detalle por edad y sexo según corresponda.

R.3 Las compras de servicios no se incluyen en grupos de edad.

Sección G: Programas especiales y GES (Actividades incluidas en Sección B)

Definiciones conceptuales:

En esta sección corresponde a aquellas actividades que se realicen a través de la ejecución de los siguientes programas: Programa Odontológico Integral Estrategia Más Sonrisas para Chile, Programa Odontológico Integral Estrategia Hombres de Escasos Recursos, Programa Odontológico Integral Estrategia Atención Odontológica en Domicilio, Programa Odontológico Integral Estrategia Atención estudiantes de enseñanza media, Programa GES Odontológico para Adultos de 60 años, Programa Mejoramiento del Acceso Estrategia Resolución de Especialidades en APS, Programa de Mejoramiento del acceso a la Atención Odontológica Estrategia Morbilidad Adulto.

Programa Odontológico Integral, Estrategia Más Sonrisas Para Chile:

- Nº Auditorías clínicas realizadas: Auditoría clínica realizada a las altas de la Estrategia Más Sonrisas Para Chile.
- Prótesis removibles: Corresponde a las prótesis instaladas en las beneficiarias de este programa.
- Endodoncia: Corresponde a endodoncias, cualquiera sea la característica del diente tratado, realizadas en las beneficiarias de este programa.
- Reparaciones de prótesis: Refiere el número de reparaciones de prótesis realizadas en las beneficiarias de este programa.
- Altas integrales: Corresponde a las altas realizadas a pacientes JUNJI-Integra-MINEDUC, SERNAM, PRODEMU, MINVU, Chile Solidario y demanda local, cumpliendo las etapas de examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación, incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible si corresponde.

Programa Odontológico Integral, Estrategia Hombres de Escasos Recursos: Se debe registrar, si la persona a la que se le entregue estas prestaciones se encuentra en control por el programa de salud cardiovascular PSCV con diagnóstico de diabetes

- Prótesis Removibles: Corresponde a las prótesis instaladas en los beneficiarios de este programa.

- Total Alta Integrales: Alta odontológica Integral realizadas en beneficiarios de este programa, cumpliendo las etapas de examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación, incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible si corresponde.
- Nº Auditorías clínicas realizadas: Auditoría clínica realizada a las altas de la Estrategia Hombres de Escasos Recursos.
- Reparación de prótesis: Se refiere al número de reparaciones de prótesis realizadas en los beneficiarios de este programa.
- Endodoncia: Corresponde a endodoncias, cualquiera sea la característica del diente tratado, realizadas en los beneficiarios de este programa.
- Programa Odontológico Integral Atención Odontológica en Domicilio**.**
- Altas Personas con dependencia severa**:** Corresponde a las altas odontológicas realizadas a personas con dependencia, beneficiarias del programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa.
- Altas Cuidadores(as) de personas con dependencia: Corresponde a las altas odontológicas realizadas a las personas que realizan los cuidados directos de las personas con dependencia severa y que son beneficiarios del programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa.
- Programa Mejoramiento del Acceso, Estrategia Resolución de Especialidades en APS
- Tratamiento endodoncia: Se refiere a los usuarios que recibieron tratamiento, cualquiera sea la característica del diente tratado.
- Tratamiento de Periodoncia: Se refiere a los usuarios que recibieron tratamiento de especialidad de Periodoncia (destartraje subgingival, Pulido radicular, etc.).
- Prótesis Removibles: Corresponde a las prótesis instaladas en las beneficiarias de este programa.

Programa GES Odontológico Adulto (60 Años): Corresponde a las actividades comprometidas para esta Garantía Explícita de Salud. Considera acciones para tratamientos de endodoncia, prótesis instaladas y altas odontológicas integrales realizadas.

- Altas Integrales: Corresponde al egreso del programa por parte de usuarios de 60 años y que se produce al terminar la atención odontológica integral, cuando esta considera la rehabilitación protésica, el alta se da posterior a los controles protésicos.
- Tratamientos de endodoncia: Se refiere a los usuarios que recibieron este tratamiento, cualquiera sea la característica del diente tratado, en pacientes beneficiarios de GES 60 años.
- Prótesis removibles: Corresponde a los usuarios que reciben este tratamiento dentro del programa de GES 60 años.
- Se debe registrar además, si es que la persona a la que se le entregue estas prestaciones se encuentra en control por el programa de salud cardiovascular PSCV con diagnóstico de diabetes.

Programa Odontológico Integral Estrategia Estudiantes de Enseñanza Media.

- Altas integrales estudiantes de Enseñanza Media**,** corresponde a las atenciones realizadas a usuarios que cursan enseñanza media y que reciben este beneficio a través de establecimientos de educación, unidad dental móvil o en el centro de salud correspondiente.
- Las altas integrales para estudiantes de Enseñanza Media pueden ser en:

  a) Alta Integral en Centro de Salud: Corresponde a aquella alta odontológica integral a estudiantes de Enseñanza Media realizadas en establecimientos de salud.

  b) Alta Integral en Unidad Dental Móvil o Portátil: Corresponde a aquella alta odontológica integral a estudiantes de Enseñanza Media realizada en una Unidad Dental Móvil o portátil.

  c) Alta Integral en Establecimiento Educacional: Corresponde a aquella alta odontológica integral a estudiantes de Enseñanza Media realizadas en sillones.

Programa Mejoramiento del Acceso Estrategia Morbilidad del Adulto

- Morbilidad adulta: Considera el acceso a la atención odontológica de usuarios mayor de 20 años realizadas en centro APS y en horario de extensión.
- Nº de Total de Actividades Recuperativas realizadas en >20 años, en extensión horaria**:** Corresponde a la suma de las siguientes actividades odontológicas recuperativas realizadas en extensión horaria: pulido coronario, destartraje supragingival, exodoncia, restauración estética, restauración de amalgama, destartraje subgingival y pulido radicular por sextante, desinfección bucal total y procedimientos Médico-quirúrgicos.
- Nº de Consultas Morbilidad realizadas en >20 años, en extensión horaria: Corresponde al número total de consultas de morbilidad realizadas en mayores de 20 años, en modalidad de extensión horaria (programa de reforzamiento). Se excluyen en este registro todas las consultas de morbilidad odontológicas realizadas en otros horarios y no pertenecientes a este programa de reforzamiento, las cuales deben registrarse en la sección A.

Se debe registrar, además, si es que la persona a la que se le entregue estas prestaciones se encuentra en control por el programa de salud cardiovascular PSCV con diagnóstico de diabetes.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registran todas aquellas actividades en relación con cada Programa de Reforzamiento previamente definido, de acuerdo a grupos de edades o riesgo, sexo, compra de servicios, situación discapacidad, niños, niñas, adolescentes y jóvenes SENAME y Mejor Niñez, y pacientes diabéticos en control del PSCV, según corresponda.

Reglas de consistencia:

R.1: El detalle por grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Usuarios en situación de discapacidad, niños, niñas, adolescentes y jóvenes tanto de SENAME como de Mejor Niñez y pacientes diabéticos en control en el PSCV deben ser desagregados también por edades, según corresponda.

R.3: Las compras de servicios no se incluyen en grupos de edad o de riesgo.

Sección G.1: Programa Sembrando Sonrisas

Programa comunitario destinado a promover hábitos de higiene y alimentación saludable y a prevenir enfermedades bucales en niños y niñas que asisten a establecimientos de educación parvularia.

Definiciones conceptuales:

Examen de salud: Es la atención proporcionada a los niños y niñas con el objeto de diagnosticar su nivel de salud bucal y establecer un plan de tratamiento.

Para El Programa Sembrando Sonrisas el examen de salud bucal se realizará en un contexto comunitario en el mismo establecimiento educacional, se debe identificar si el examen de salud se realizó en establecimiento JUNJI, INTEGRA o MINEDUC.

Niños con índice CEOD=0 al ingreso: Corresponde al número de niños y niñas que al examen de salud en contexto comunitario no presenten historia de caries cavitadas O CEOD=0. Se debe identificar si es en establecimiento JUNJI, INTEGRA o MINEDUC.

El registro de examen de salud se debe realizar sólo una vez al año calendario por niño o niña, al igual que el CEOD.

Set de higiene oral entregados: Corresponde a la entrega de set de higiene oral (cepillos y pasta dental) a niñas y niños beneficiarios del programa, para realizar la higiene bucal en el establecimiento de educación.

Se debe registrar número de Set de higiene oral entregados en establecimientos JUNJI, INTEGRA y MINEDUC por separado

N° de Aplicaciones flúor barniz: Es la cantidad de niños y niñas a los cuales se les aplica barniz de flúor en las superficies de los dientes. Identificar si la aplicación de flúor barniz se realizó en establecimiento JUNJI, INTEGRA o MINEDUC.

Educación grupal: Número de educaciones grupales realizadas por Odontólogo que ejecuta el Programa Sembrando Sonrisas, dirigidas al equipo de educación de establecimientos JUNJI, INTEGRA o MINEDUC, intervenido por el Programa Sembrando Sonrisas, la educación considera los contenidos de la Orientación Técnica para realizar cepillado de dientes de niños y niñas que asisten a establecimientos de educación parvularia, Minsal.

Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wpcontent/uploads/2016/12/07.12.2016_OTCEPILLADO-DE-DIENTES-FINAL-DIGITAL.pdf

Se registra por sesión de actividad en cada establecimiento JUNJI, INTEGRA o MINEDUC.

Número de establecimientos de educación con programa implementado**:** Es la cantidad de establecimientos en los cuales se realiza el Programa Sembrando Sonrisas, identificando los que corresponden a JUNJI, INTEGRA o MINEDUC.

Definiciones operacionales:

Las actividades del programa se desagregan por grupo de edad, sexo, situación discapacidad en aquellos usuarios que la presenten y por la institución del establecimiento de educación en que se realizaron, sean éstas JUNJI o INTEGRA o MINEDUC.

Examen de salud: Se debe registrar por sexo, edad, situación de discapacidad y por la institución de educación donde fue realizado, JUNJI o INTEGRA o MINEDUC.

Número de niños con Índice ceod=0 al ingreso: Se debe registrar por sexo, edad, situación de discapacidad y por la institución de educación donde fue diagnosticado, JUNJI o INTEGRA o MINEDUC.

Entrega de Kit: Se debe registrar por sexo, edad, situación de discapacidad y por la institución de educación donde fue realizada, JUNJI, INTEGRA o MINEDUC.

Aplicaciones flúor barniz: Se registra por sesión de aplicación de Flúor Barniz, y se debe registrar por sexo, edad, situación de discapacidad y por la institución de educación donde fue realizada, JUNJI o INTEGRA o MINEDUC.

Educación grupal: Se debe registrar el número de sesiones educativas realizadas establecimientos de educación JUNJI, INTEGRA y MINEDUC.

Número de establecimientos de educación con programa implementado**:** Se debe registrar el número de establecimientos de/con educación parvularia de JUNJI, INTEGRA y MINEDUC en que se ha realizado examen, educación, entrega de kit de higiene y al menos una fluoración a los niños y niñas de 2 a 5 años que asisten a estos establecimientos.

Reglas de consistencia:

R.1: El detalle por grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Usuarios en situación de discapacidad deben estar incluidos en detalle por edades según corresponda.

R.3: La suma total de ambos sexos debe ser consistente con suma de actividades de JUNJI, INTEGRA y MINEDUC, es decir el total de exámenes de salud en ambos sexos debe ser igual que el total de exámenes de salud de la suma entre JUNJI, INTEGRA y MINEDUC, lo mismo en los sets de higiene oral entregados y en las aplicaciones de flúor barniz.

R.4: El N° de sets de higiene oral entregados, debe ser igual o superior al número de niños y niñas con exámenes de salud.

Sección H: Sedación y anestesia

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las atenciones odontológicas realizadas, con apoyo de diferentes técnicas de sedación o anestésicos. Entre éstas se encuentran:

Atención bajo sedación inhalatoria (óxido nitroso): Se define como la atención odontológica otorgada a pacientes que están sedados por los efectos de óxido nitroso administrado por vía inhalatoria.

Atención bajo sedación endovenosa: Se define como la atención odontológica otorgada a pacientes que están sedados por los efectos de una droga administrada por vía endovenosa.

Atención bajo anestesia general: Se define como la atención odontológica otorgada a pacientes mientras están sometidos a la acción de anestésicos generales.

Atención bajo sedación oral: Se define como la atención odontológica otorgada a pacientes que están sedados por los efectos de una droga que ha sido administrada por vía oral.

Definición operacional:

Se debe registrar en esta sección el número de atenciones en las que se utilizan estos mecanismos de sedación y/o anestesia, especificando la técnica de sedación o anestesia aplicada, independiente del número de profesionales que intervienen en la atención.

Se debe desagregar por grupo etario consignado para estos fines.

Regla de consistencia:

R.1: El total declarado por grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

Sección I: Consultas, ingresos y egresos en especialidades odontológicas realizados en Nivel Primario y Secundario de Salud.

Definiciones conceptuales:

Recoge información asociada a la atención de Especialidades Odontológicas en establecimientos de Nivel Primario y Secundario de Salud. En el caso de las Compras de Servicios, deben ser registradas en la columna compra de servicio y no deben ser desglosadas por edad ni sexo y no deben estar contenidas en el total ya que son servicios financiados con recursos adicionales.

Este registro incluye las especialidades odontológicas visadas en el Decreto Supremo n°8 del año 2013 (MINSAL-MINEDUC).

Consulta pertinente según Protocolo de Referencia y Contrarreferencia: Corresponde a la evaluación que realiza el/la odontólogo/a como parte de las actividades de la primera atención realizada al paciente, de los criterios de derivación registrados en la SIC. Se considera pertinente, aquella derivación que cumple con lo indicado en los protocolos de referencia.

Consulta pertinente según condición clínica: Corresponde a la evaluación clínica que realiza el/la odontólogo/a como parte de las actividades de la primera atención, de la condición de salud actual del/la paciente, a través de la anamnesis y examen clínico. Se considera pertinente, aquella derivación que cumple con los criterios clínicos para cada especialidad.

Inasistente**:** Ocurre cuando el/la paciente no acude a la consulta de especialidad odontológica previamente agendada. Se deben registrar las consultas nuevas y controles a las cuales el paciente No Se Presentó (NSP), independiente si los cupos fueron agendados a otros pacientes.

Operatoria: Corresponde a la atención en que el/la profesional odontólogo/a realiza un conjunto de actividades o procedimientos odontológicos básicos que tienen por objetivo devolver funcionalidad a la cavidad bucal.

Usuario oncológico: Se refiere a la atención que realiza el/la profesional odontólogo/a al usuario/a que cursa o tiene antecedente de alguna patología oncológica.

Consulta de Urgencia GES: Corresponde a la atención no programada, realizada al/la paciente que acude de manera espontánea y que requiere un tratamiento inmediato por alguna de las patologías incorporadas en el GES Urgencia Odontológica Ambulatoria. Ejecutadas en Establecimientos de baja, mediana y alta complejidad. Se excluye atención realizada en la Unidad de Emergencia Hospitalaria.

Consulta de urgencia No GES: Corresponde a la atención no programada, realizada al paciente que acude de manera espontánea y que requiere atención por un problema de salud oral y/o patología NO incorporada en el GES Urgencia Odontológica Ambulatoria. Ejecutadas en Establecimientos de baja, mediana y alta complejidad. Se excluye atención realizada en la unidad de Emergencia Hospitalaria.

Consulta nueva de especialidad**:** Corresponde a la primera atención del paciente derivado a consulta de especialidad, en la cual el/la profesional odontólogo/a evalúa el ingreso a tratamiento odontológico de acuerdo con la pertinencia según condición clínica y Protocolo de Referencia y contrarreferencia. Se considera consulta nueva, a la primera atención gestionada a través de

interconsulta, independiente que el/la paciente haya sido atendido/a en otra ocasión en la especialidad.

Control de especialidad: Corresponde a las atenciones posteriores a la primera consulta, que cada paciente requiere para dar solución al problema de salud por el cual fue derivado, cuyo objetivo es completar el estudio, tratamiento y/o seguimiento post alta. Se registra tantas veces como sesiones requiera el paciente para resolver de manera integral su problema de salud.

Ingreso a tratamiento en la especialidad: Es la actividad relacionada con el inicio del tratamiento odontológico. Puede efectuarse en la consulta nueva de especialidad o en uno de los controles posteriores.

Alta de tratamiento de la especialidad: Es la actividad relacionada con término del tratamiento odontológico, por el cual fue derivado el paciente. Aplica registro de alta por cada ingreso y especialidad que el usuario requiera.

Control de especialidad post alta: Es la actividad relacionada con el seguimiento posterior al alta de tratamiento.

Alta administrativa: Corresponde al alta dada en condiciones no clínicas. Aplica el registro por las siguientes causas, inasistencia continuada (mínimo 3) o no solicitud de atención por parte del paciente, a controles de tratamiento por un período igual o superior a 6 meses; el paciente no se adhiere a tratamiento según norma establecida en el establecimiento; paciente que habiendo sido ingresado no cumple con criterios clínicos de derivación y paciente que habiendo sido ingresado rechaza tratamiento.

Definiciones operacionales:

Se debe realizar el registro de consulta nueva, control, ingreso a tratamiento, alta de tratamiento y alta administrativa por cada una de las especialidades odontológicas indicadas en el REM, desglosando la información por grupo de edad o riesgo, sexo, embarazada, 60 años, compra de servicio, usuarios con discapacidad, niños, niñas, adolescentes y jóvenes RED SENAME y migrantes.

Para el caso de ingreso a tratamiento, alta de tratamiento y control post alta, se debe realizar el registro en estas prestaciones y además consignar si dicha prestación se efectuó en una Consulta Nueva o en un Control de especialidad, es decir, cuando corresponde a un ingreso a tratamiento, se debe registrar en esta actividad y de manera paralela, en consulta nueva o control según corresponda; cuando se concluye el tratamiento, se debe registrar en alta de tratamiento y en control de especialidad y cuando corresponde a un control de seguimiento post alta, se debe registrar en control de especialidad y en control de especialidad post alta.

Consulta de Urgencia GES: Corresponde registrar el número de atenciones de urgencias GES, ejecutadas en establecimientos de baja, mediana y alta complejidad, resueltas a través de un sobrecupo en la agenda habitual del profesional. No se debe registrar aquellas atenciones de urgencia resueltas en las UEH, dichas atenciones se registran en la sección A del REM 08.

Consulta de Urgencia No GES: Corresponde registrar el número de atenciones de urgencias No GES, ejecutadas en establecimientos de baja, mediana y alta complejidad, resueltas a través de un sobrecupo en la agenda habitual del profesional. No se debe registrar aquellas atenciones de urgencia resueltas en las UEH, dichas atenciones se registran en la sección A del REM 08.

Alta administrativa: Corresponde registrar el número de ocasiones en que se asigne un alta en condiciones no clínicas.

Consulta pertinente según Protocolo de Referencia y Contrarreferencia: Corresponde registrar toda vez que en la consulta nueva de especialidad el/la profesional confirma que el/la paciente ha sido derivado cumpliendo con el Protocolo de Referencia y contrarreferencia vigente. El registro sólo aplica en las consultas nuevas.

Consulta pertinente según condición clínica: Corresponde registrar toda vez que en la consulta nueva el/la profesional confirma que el/la paciente cumple con los criterios clínicos abordables por la especialidad. El registro aplica sólo en las consultas nuevas.

Inasistente o NSP: Corresponde realizar el registro cuando el/la paciente no se ha presentado (NSP) a una consulta de especialidad odontológica previamente agendada. El registro aplica en las consultas nuevas y en los controles de especialidad.

Operatoria: el registro está asociado a la atención realizada por el/la profesional odontólogo/a, asociada a una consulta nueva o control de especialidad y no al número de actividades de operatoria realizados en la atención. Cabe señalar que el registro de la actividad específica se registra en el REM 09, sección F.

Usuario oncológico: el registro está asociado a la atención realizada por el/la profesional odontólogo/a, asociada a una consulta nueva o control de especialidad y no al número de actividades realizados al usuario definido.

Reglas de consistencia:

R.1: El detalle por grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Inasistentes, usuarias embarazadas, usuarios oncológicos o en situación de discapacidad, migrantes y personas de 60 años deben ser registrados en detalle por edad y sexo según corresponda.

R.3: Las compras de servicios no se deben incluir en los grupos de edad.

Sección J: Actividades efectuadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienistas Dentales

Definiciones conceptuales:

Corresponden a las acciones realizadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienista Dental en los establecimientos y corresponden a las siguientes:

Aplicación de sellantes: Es la protección específica dirigida especialmente a los molares definitivos, registrándose por cada diente sellado.

Pulido coronario y destartraje supragingival: Es la sesión de tratamiento profiláctico de nivel primario destinada a la eliminación de la placa bacteriana, tártaro y manchas o tinciones extrínsecas de tabaco, comida, bebida o medicamentos presentes en la corona clínica del diente.

Fluoración Tópica: Es la aplicación de fluoruros realizada individual o masivamente en la superficie de los dientes, indicada por el Odontólogo, según condición de riesgo.

Educación individual con instrucción de técnica de cepillado: Corresponde a la educación en técnicas de higiene oral, incluyendo instrucciones de técnica de cepillado y uso de seda dental.

Radiografías intraorales (retroalveolares y bitewing**):** Actividad que complementa el diagnóstico clínico sobre la base de imágenes radiológicas

Definiciones operacionales:

Se deben registrar todas las actividades realizadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienista Dental, según el tipo de actividad que realizan y desagregados por grupos de edad y/o riesgo consignado, sexo, embarazadas y 60 años. Estas acciones no se incluyen en la producción total que está asociada a las realizadas por Odontólogo(a).

Las actividades se registran según número de personas atendidas independiente de la actividad del Odontólogo, ya que son acciones excluyentes.

Educación individual con instrucción de técnica de cepillado**:** Registrar el número de personas a las cuales se les han educado en técnicas de higiene oral.

Radiografías intraorales (retroalveolares y bitewing): Registrar el número de radiografías, por placa, que tome el Técnico Paramédico y el número de personas según sexo (una persona puede realizarse más de una radiografía).

Reglas de consistencia:

R.1: El detalle por grupos de debe ser consistente con la suma de ambos sexos, excepto en las Radiografías intraorales.

R.2: Los usuarios, embarazadas y 60 años, deben ser registrados en detalle por edades según corresponda.

Sección K: Consultorías de especialidades odontológicas.

Definiciones conceptuales:

Consultoría de Odontólogos Especialistas: Corresponde a un sistema de capacitación continua basado en la actividad conjunta e interactiva entre el/la odontólogo/a especialista y el equipo odontológico de APS, con el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejora la referencia y la contrarreferencia de pacientes entre ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos y la continuidad de atención de los pacientes. Incluye revisión de fichas clínicas, análisis de casos, sesiones de capacitación y estudio, reuniones de coordinación y atención conjunta de pacientes presenciales o a distancia a través de TIC.

La orientación técnica define 3 tipos de consultorías: Tutorial, grupal y en terreno.

El establecimiento que recibe el apoyo del especialista a través de esta modalidad es quien registra la información. Esta proviene de la hoja diaria de atención que se genera en esta instancia con los casos revisados y atendidos

Número de Consultorías**:** Corresponde a la frecuencia o el número de ocasiones que el odontólogo especialista consultor, se presenta en APS para reunirse con el equipo y realizar la evaluación de pacientes en forma directa, presencial o a distancia, o a través de fichas clínicas.

Número de casos revisados por el equipo: Corresponde al número de casos revisados o evaluados por el consultor y el equipo odontológico, en presencia del paciente o a distancia o a través de la revisión de fichas clínicas.

Número de casos atendidos: Corresponde al número de pacientes atendidos en forma directa o a distancia.

Definición operacional:

Se deben registrar, por especialidad, el número de consultorías realizadas, el número de casos revisados por el equipo y el número de casos atendidos por especialidad.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia

REM A11: EXÁMENES DE PESQUISA DE ENFERMEDADES

El REM A11, obtiene la información estadística sobre los Exámenes de Laboratorio procesados para el estudio diagnóstico de los casos de Sífilis (en todas sus formas), Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, VIH y HTLV 1

SECCIONES DEL REM-A.11

- **Sección A:** Exámenes de Sífilis
- **Sección A.1:** Examen VDRL por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan)
- **Sección A.2** Examen VDRL por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que Compran Servicio)
- **Sección A.3:** Examen RPR por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan)
- **Sección A.4:** Examen RPR por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que Compran Servicio)
- **Sección A.5:** Examen MHA-TP por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan)
- **Sección A.6:** Examen MHA-TP por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que Compran Servicio)
- **Sección B.1:** Exámenes según grupo de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 y Sífilis (Uso exclusivo de establecimiento con laboratorio que procesan).
- **Sección B.2:** Exámenes según grupo de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 y Sífilis (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicio).
- **Sección C.1:** Exámenes de VIH por grupo de usuario (Uso exclusivo de establecimiento con laboratorio que procesan).
- **Sección C.2:** Exámenes de VIH por grupo de usuario (Uso exclusivo de establecimiento que compran servicio).
- **Sección D**: Exámenes de Gonorrea por grupos de usuarios.
- **Sección E:** Exámenes de Chlamyidia Trachomatis por grupos de usuarios.
- **Sección F:** Exámenes de VIH por técnica visual/rápida y grupos de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos no laboratorios).

- **Sección G:** Screening Enfermedad de Chagas para Embarazadas, Puérperas y Mujeres en Edad Fértil.
- **Sección H:** Diagnóstico Transmisión Vertical Madre Hijo/a con Enfermedad de Chagas.
- **Sección I:** Tratamientos Farmacológicos.
- **Sección J:** Donantes Confirmados Enfermedad De Chagas.
- **Sección K:** Seguimiento De Casos

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A11

La información de los exámenes procesados debe ser entregada por los laboratorios como resultado de exámenes tomados en el mismo establecimiento y como aquellos que como laboratorio de referencia de la red debe procesar y por los establecimientos que compran servicios en el intra y extra sistema.

Aquellos establecimientos que venden servicio de procesamiento de exámenes no deben registrar esa producción en este REM, pues debe registrar el establecimiento que compra el servicio.

Los procedimientos "toma de muestra" no deben ser registrados. Las confirmaciones se pueden registrar con posterioridad al registro de Exámenes reactivos correspondientes.

Glosario de Términos

Exámenes procesados: Corresponde al o a los Exámenes procesados destinados a identificar una enfermedad específica entre individuos asintomáticos o que se encuentra bajo sospecha de padecerla.

Exámenes reactivos: Corresponde al o a los Exámenes de laboratorio procesados, cuyo resultado es reactivo para la enfermedad específica

Exámenes confirmados: Corresponde al o los Exámenes específicos que confirman positivamente la enfermedad. Esta confirmación es realizada generalmente por el ISP u otros centros autorizados mediante técnicas diferentes o más complejas.

Usuario: Se refiere a cualquier persona del grupo definido de pesquisa, que se realiza un examen de detección por algún problema de salud, por indicación médica o por iniciativa propia en un establecimiento de salud. Personas en control de salud y pacientes en estado de hospitalización.

Grupos de pesquisa, detección o grupo de usuario: Se refiere a los grupos objetivos en los cuales se realiza pesquisa o detección según normativa vigente y son definidos por el programa.

Donante: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud o servicio de sangre con atención de donantes, a donar sangre.

Altruista nuevo: Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.

Altruista repetido: Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.

Reposición o familiar**:** Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a donantes que están respondiendo las necesidades de sangre y/o derivados de un familiar o un amigo enfermo.

Donante de órgano y/o tejido**:** Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud a donar tejidos u órganos.

Sección A: Exámenes de Sífilis

Sección A.1: Exámenes de VDRL por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorios que procesan)

Definiciones conceptuales:

Corresponde al examen realizado para la detección o pesquisa de Sífilis, correspondiendo a los test serológicos no treponémicos VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Incluye Exámenes en sangre y en Líquido Céfalo Raquídeo (LCR).

Los grupos de pesquisa (usuarios) definidos son:

- Gestantes primer trimestre embarazo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis, según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

- Gestantes segundo trimestre embarazo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

- Gestantes tercer trimestre embarazo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis, según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

- Gestantes trimestre embarazo ignorado: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, para pesquisa de Sífilis, en el cual se desconoce o no se determinó la etapa del embarazo en curso.

- Pareja de gestante con Serología Reactiva: Este grupo de pesquisa corresponde a los resultados de los exámenes procesados a la pareja sexual declarada por la gestante reactiva para sífilis. Es decir, en este grupo se debe anotar el procesamiento y resultado del examen para sífilis de la pareja de la mujer.

- Gestantes en seguimiento por diagnostico Sífilis: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las gestantes diagnosticadas con Sífilis (Exámenes de seguimiento) independiente de la etapa o trimestre de gestación que esté cursando.

- Mujeres que ingresan a maternidad por parto: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto.

- Mujeres que ingresan por aborto: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a las mujeres que acuden a los servicios hospitalarios para atención por aborto.

- Mujeres en control ginecológico: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis, a las mujeres que asisten a control ginecológico.

- Recién nacido y lactante para detección de Sífilis congénita: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a los hijos de madre con diagnóstico o sospecha de Sífilis, para pesquisa de Sífilis Congénita. Incluye exámenes en sangre y en líquido céfalo raquídeo (LCR).

- Personas en control por comercio sexual: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) que ejercen comercio sexual.

- Personas en control fecundidad: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que asisten a control de fecundidad.

- Consultantes por ITS: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) que están en control por una Infección de Transmisión Sexual.

- Personas con EMP/EMPAM: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) en el contexto del Examen de Medicina Preventiva y del EMPAM.

- Donantes de sangre: Corresponde a los exámenes no treponémicos procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que donan sangre, según algoritmo.

- Donantes de órganos y/o tejidos: Corresponde a los exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que donan órganos y/o tejidos

- Pacientes en diálisis: Corresponde a los Exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que están en diálisis.

- Víctima de violencia sexual: Corresponde a los Exámenes procesados para pesquisa de Sífilis en las personas (hombres y mujeres) que fueron atendidos por ser víctimas de violencia sexual.

Definiciones operacionales:

VDRL procesados: Se debe registrar el número de exámenes procesados según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

VDRL reactivos: Aquí se debe registrar el número de exámenes procesados, con resultado reactivo. Además, se debe identificar el total de exámenes y el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de reactivos debe ser menor que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los TRANS debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

Sección A.2: Exámenes de VDRL por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicios)

Definiciones conceptuales:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos del sistema público, incluido APS, que compran servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema que se encargan de procesar Exámenes y entregar resultados reactivos.

Los grupos de pesquisa definidos son los mismos de la sección A.1

Definiciones operacionales:

VDRL Procesados: Se debe registrar el número de exámenes que fueron gestionados mediante compra de servicios, según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado, en laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

VDRL Reactivos: Se debe registrar el número de Exámenes que fueron gestionados mediante compra de servicios, según grupo de pesquisa, cuyos resultados fueron reactivos. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

Regla de consistencia:

R.1: El total de reactivos debe ser menor que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los TRANS debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

Sección A.3: Examen RPR por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorio que procesan)

Definición conceptual:

Corresponde al examen realizado para la detección o pesquisa de Sífilis, correspondiendo al Test Serológicos RPR (Rapid Plasma Reagin). Los grupos de pesquisa definidos son los mismos de la sección A.1

Definiciones operacionales:

RPR Procesados: Se debe registrar el número de exámenes que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento, según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

RPR Reactivos: Se debe registrar el número de exámenes que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento, según grupo de pesquisa, cuyos resultados fueron reactivos. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de reactivos debe ser menor que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los TRANS debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

Sección A.4: Examen RPR por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicio)

Definición conceptual:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos del sistema público, incluido APS, que compran servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema que se encargan de procesar Exámenes y entregar resultados reactivos.

Los grupos de pesquisa definidos son los mismos de la sección A.3

Definiciones operacionales:

RPR Procesados: Se debe registrar el número de exámenes que fueron gestionados mediante compra de servicios, según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado, en laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

RPR Reactivos: Se debe registrar el número de Exámenes que fueron gestionados mediante compra de servicios, según grupo de pesquisa, cuyos resultados fueron reactivos. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de reactivos debe ser menor que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los TRANS debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El N° de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

Sección A.5: Examen MHA-TP por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorio que procesan)

Definición conceptual:

Corresponde al examen treponémico realizado para el diagnóstico de Sífilis, correspondiendo a exámenes MHA-TP. Los grupos de pesquisa definidos son los mismos de la sección A.1

Definiciones operacionales:

MHA-TP Procesados: Se debe registrar el número de exámenes procesados según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

MHT-TP Reactivos: Aquí se debe registrar el número de exámenes procesados, con resultado reactivo. Además, se debe identificar el total de exámenes y el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de reactivos debe ser menor que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los TRANS debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

Sección A.6: Examen MHA-TP por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicio)

Definición conceptual:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos del sistema público, incluido APS, que compran servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema que se encargan de procesar Exámenes y entregar resultados reactivos.

Los grupos de pesquisa definidos son los mismos de la sección A.1

Definiciones operacionales:

MHA-TP Procesados: Se debe registrar el número de exámenes que fueron gestionados mediante compra de servicios, según grupo de pesquisa, que fueron realizados en el período informado, en laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

MHA-TP Reactivos: Se debe registrar el número de Exámenes que fueron gestionados mediante compra de servicios, según grupo de pesquisa, cuyos resultados fueron reactivos. Además, se debe identificar el total por sexo, en aquellos grupos de pesquisa que corresponda.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de reactivos debe ser menor que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los TRANS debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

Sección B.1: Exámenes según grupo de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 y Sífilis (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorios que procesan)

Definiciones conceptuales:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos con laboratorios clínicos, bancos y centros de sangre, que están facultados para procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados.

Usuarios: Persona que se deriva a este examen desde un establecimiento de salud. Donante de sangre altruista nuevo u ocasional: Persona que dona por primera vez o después de dos años desde su última donación, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago o incentivo a cambio.

Donante de sangres altruista repetido: Persona que dona en forma regular al menos una vez cada 2 años, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago a cambio.

Donante familiar o de reposición: Persona que dona bajo la presión institucional de cubrir las necesidades de un familiar o un amigo enfermo.

Donante de órganos y/o tejido: Examen solicitados a persona en proceso de donación.

Hepatitis B y Hepatitis C: El grupo de pruebas analíticas para los virus de la Hepatitis corresponde a una serie de exámenes utilizados para detectar infección actual o previa por Hepatitis B o Hepatitis C.

Chagas: Se refiere a los exámenes serológicos, destinados a la pesquisa de anticuerpo anti Tripanosoma cruzi.

HTLV: Se refiere a los exámenes serológicos destinado a la pesquisa de infección por HTLV.

Sífilis: Se refiere a los exámenes treponémicos procesados y reactivos (quimioluminiscencia y ELISA para treponema), realizados en el establecimiento para usuarios y para donantes.

Definiciones operacionales:

En esta sección, los establecimientos deben consignar la totalidad de exámenes procesados, reactivos y confirmados excluyendo los realizados por concepto de venta de servicios.

Se debe registrar en "procesados" el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio, bancos o centros de sangre del establecimiento.

Para HTLV: Considera el test de ELISA para HTLV realizado como Screening.

Para Chagas: Se considera como Screening el test de ELISA IgG para T. cruzi.

En "reactivos": Se deben registrar aquellos exámenes procesados cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

En "confirmados": Corresponde registrar aquellos casos confirmados positivos por el Instituto de Salud Pública, o el laboratorio reconocido durante el periodo informado.

El examen confirmatorio de enfermedad de Chagas es IFI (Inmunofluorescencia Indirecta y/o Western Blot) En HTLV los exámenes confirmatorios corresponden al resultado positivo de la prueba de Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) y la Reacción de la Polimerasa en Cadena (PCR), cuando se demuestra la presencia de anticuerpos para HTLV y se detectan las copias de ADN del HTLV respectivamente. Se realiza en el ISP cuando el tamizaje resulta reactivo.

En Sífilis, la categoría confirmados no aplica.

Reglas de consistencia:

R.1: Los exámenes reactivos deben ser menores o iguales a los procesados.

R.2: Los exámenes confirmados deben ser menores o iguales a los reactivo

Sección B.2: Exámenes según grupo de usuarios por condición de Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 y Sífilis (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicio)

Definiciones conceptuales:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos del sistema público, incluido APS, que compran servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema que se encargan de procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados.

Hepatitis B y Hepatitis C: El grupo de pruebas analíticas para los virus de la Hepatitis corresponde a una serie de exámenes utilizados para detectar infección actual o previa por Hepatitis B o Hepatitis C.

Chagas: Se refiere a los exámenes serológicos, destinados a la pesquisa de anticuerpo Anti Tripanosoma cruzi.

HTLV: Se refiere a los exámenes serológicos destinado a la pesquisa de infección por HTLV.

Sífilis: Se refiere a los exámenes treponémicos procesados y reactivos (Quimioluminiscencia y ELISA para Treponema), realizados en el establecimiento para usuarios y para donantes.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar en "procesados" el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron comprados en el período informado.

Para HTLV, se considera el test de ELISA para HTLV realizado como Screening.

Para Chagas, se considera como Screening el test de ELISA IgG para T. cruzi.

En "reactivos", se deben registrar aquellos Exámenes procesados por compra de servicio cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

En “confirmados”, corresponde registrar aquellos Exámenes procesados compra de servicio cuyo resultado es confirmado positivo por el Instituto de Salud Pública, o el laboratorio reconocido durante el periodo informado.

En HTLV los Exámenes confirmatorios corresponden al resultado positivo de la prueba de Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) y la Reacción de la Polimerasa en Cadena (PCR), cuando se demuestra la presencia de anticuerpos para HTLV y se detectan las copias de ADN del HTLV respectivamente. Se realiza en el ISP cuando el tamizaje resulta reactivo.

El examen confirmatorio de enfermedad de Chagas es IFI (Inmunofluorescencia Indirecta y/o Western Blot)

En Sífilis la categoría confirmados, no aplica.

Reglas de consistencia:

R.1: Los exámenes reactivos deben ser menores o iguales a los procesados.

R.2: Los exámenes confirmados deben ser menores o iguales a los reactivos.

Sección C.1: Exámenes de VIH por grupos de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorios que procesan)

Definiciones conceptuales:

Esta sección es de uso exclusivo de laboratorios clínicos que están facultados para procesar exámenes.

Los laboratorios deben consignar la totalidad de exámenes procesados independiente de la técnica que realicen, excluyendo los realizados por concepto de venta de servicios y los exámenes confirmados por el ISP. Corresponde a los exámenes de detección de VIH procesados y confirmados por ISP según grupo de pesquisa.

Tipos de exámenes***:*** Para VIH se considera el test de ELISA u otro examen de tamizaje instrumental autorizado por ISP, excluye test rápidos.

Exámenes procesados: Corresponde al número de exámenes, que fueron procesados, por el laboratorio durante el período a informar según el grupo de usuarios. Las repeticiones propias de la técnica de Screening y necesarias para obtener un resultado no se contabilizan por sí mismas, ya que corresponden al procesamiento de un examen.

Las pruebas de identidad deben considerarse ya que corresponden a una nueva muestra.

Las muestras venosas provenientes de establecimientos que aplican test rápidos/visuales tomadas para proceso de confirmación y que serán enviadas al ISP, así como su resultado NO DEBEN SER CONSIGNADAS en esta sección.

Exámenes confirmados por el ISP: Corresponde al número de exámenes según el grupo de usuarios, cuyo resultado es confirmado POSITIVO por el ISP. No deben registrarse los resultados negativos del ISP.

Los grupos de pesquisa definidos son:

- Gestantes 1º examen: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las gestantes en el 1º examen, para detección del VIH.
- Gestantes 2º examen: Corresponde a la totalidad de Exámenes procesados según norma vigente a las gestantes en el 2º examen, para detección del VIH.
- Mujer en trabajo de pre- parto o parto: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto y que se desconoce su situación serológica para VIH.
- Personas en control por comercio sexual: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las personas (hombres y mujeres) en control por comercio sexual
- Pacientes en diálisis: Corresponde a los exámenes procesados para detección del VIH a las personas que están en diálisis
- Consulta por ITS: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH, según norma vigente a las personas que están en control por una Infección de Transmisión Sexual.

- Personas en control de regulación de fecundidad, ginecológico, climaterio: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH a las personas que asisten a control de fecundidad, ginecológico, climaterio.
- Personas con EMP/EMPAM: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH a las personas en el contexto del Examen de Medicina Preventiva y EMPAM.
- Personas en control de salud según ciclo vital: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH, que asisten a control según ciclo vital y no consignado en las otras categorías
- Donantes de sangre: Corresponde a los exámenes procesados para detección del VIH a las personas que donan sangre.
- Altruista Nuevo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.
- Altruista Repetido: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH a donantes que realiza esta acción al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.
- Reposición o Familiar: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH a donantes que están cubriendo las necesidades de sangre y/o derivados de un familiar o un amigo enfermo.
- Donantes de órganos y/o tejidos: Corresponde a los exámenes procesados para detección del VIH a las personas que donan órganos y/o tejidos.
- Persona en control por TBC: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados a pacientes con diagnóstico de Tuberculosis, (al ingreso a programa de TBC)
- Víctima de violencia sexual: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas víctimas de violencia sexual.
- Pareja serodiscordante: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas cuyas parejas viven con VIH (excluye gestante).
- Pareja de gestante VIH positivo: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas cuyas parejas son gestantes que viven con VIH.
- Personal de salud expuesto a accidente corto punzante: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personal de salud que han tenido un accidente corto punzante.
- Paciente fuente de accidente cortopunzante: corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas que son fuente de un accidente cortopunzante.
- Persona en control por Hepatitis B: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas que están en control por Hepatitis B.
- Persona en control por Hepatitis C: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas que están en control por Hepatitis C.

- Consultantes por morbilidad: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a pacientes durante la atención de morbilidad, y no contenido en las categorías descritas anteriormente.
- Consulta espontánea: Corresponde a exámenes de detección del VIH procesados por solicitud espontánea del o el usuario/a.

Paciente entre 14-18 años:

Con el objeto de facilitar el acceso al diagnóstico a los adolescentes, en enero del 2017 y mediante la Ley N° 20.987 se introdujo una modificación a la Ley N° 19.779 (Ley del SIDA), en su artículo 5°, que permite a aquellas personas que tengan edad igual o superior a 14 y menores de 18 años, consentir por sí mismos en la realización del examen de detección del VIH.

La ley mandata que en caso de ser (+) el resultado del examen de los adolescentes entre 14-18 años se deberá informar a su representante legal. El MINSAL tiene la responsabilidad de velar por el acompañamiento de este adolescente hasta su ingreso a control.

Será materia de monitoreo y seguimiento de esta ley, poder dar cuenta del acceso al examen en esta población particular, (contenida en otros grupos de la desagregación quinquenal), del acceso a la orientación e información previa al examen y la consejería posterior, así como de su ingreso a control. Información que se recoge en las secciones C1, C2 y G de este REM.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar en "procesados" el N° de exámenes, según grupo usuarios que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento, incluyendo test visual o test rápido.

Si en alguna localidad existiese un laboratorio dependiente de una corporación municipal que procesara los exámenes de toda la red asistencial de la comuna, esta producción se debe registrar en el centro de salud más representativo de la comuna, es decir, en el establecimiento con más población inscrita.

Las ventas de servicio de procesamiento de exámenes NO deben ser registradas en este REM, ya que al establecimiento que compra servicio le corresponde el registro.

Se deben registrar los exámenes realizados a los grupos definidos, como TRANS, pueblos originarios y migrantes, que deben estar incluidos por su grupo de edad correspondiente.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de Confirmados positivos por el ISP debe ser menor o igual que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los TRANS, pueblos originarios y migrantes, debe ser menor o igual al total de

Sección C.2 Exámenes de VIH por grupos de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicios)

Definiciones conceptuales:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos del sistema público, incluido APS, que compran servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de extrasistema que se encargan de procesar exámenes.

Los grupos de pesquisa definidos son idénticos a la sección C.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de exámenes procesados y reactivos, según grupo usuario, que fueron comprados en el período informado, a laboratorios externos al establecimiento.

Se deben registrar los exámenes realizados a los grupos definidos, como TRANS, Pueblos Originarios y Migrantes, que deben estar incluidos por su grupo de edad correspondiente.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de Confirmados positivos por el ISP debe ser menor o igual que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los TRANS debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

Sección D: Exámenes de Gonorrea por grupos de usuarios

Definiciones conceptuales:

La gonorrea es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria Neisseria gonorrhoeae, diplococo Gram negativo, que puede infectar primariamente diferentes tipos de mucosa. La infección cursa habitualmente asintomática en mujeres pudiendo transmitirla durante meses o años, sin que las personas conozcan si son o no portadores del gonococo. Los hombres manifiestan mayoritariamente cuadros de uretritis. Otros sitios de infección son la mucosa rectal, faríngea y ocular, dependiendo del punto de exposición a la bacteria.

Las complicaciones de la infección no tratada pueden llegar a producir esterilidad en hombres y mujeres y ceguera en el recién nacido infectado.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de exámenes procesados y reactivos, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado por establecimientos facultados para ello

Considera los siguientes Exámenes: Cultivo de Neisseria gonorrhoeae y PCR (TAAN) para gonococo.

Los grupos de pesquisa (usuarios) definidos son:

Gestantes: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Gonorrea, según norma vigente realizados a gestantes.

Personas en control por comercio sexual**:** Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas que ejercen comercio sexual.

Personas VIH (+): Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas que viven con VIH.

Consultante de ITS ambulatorio (nivel 1° y 2°): Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas atendidas en nivel ambulatorio. Incluye los exámenes provenientes de APS, y nivel de especialidad.

Consultante de ITS ambulatorio (nivel 3º y urgencia): Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) atendidos en nivel hospitalario. Incluye los exámenes provenientes de APS, y nivel de especialidad.

Víctima de violencia sexual*:* Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas que han sido víctimas de violencia sexual

Otros: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, de personas en situaciones distintas de las descritas en los otros grupos.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de reactivos debe ser menor que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los TRANS debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

Sección E: Exámenes de Chlamydia Trachomatis por grupos de usuarios

Definiciones conceptuales:

La infección por Chlamydia Trachomatis es la enfermedad infecciosa de transmisión sexual más frecuente en el mundo. Se ha demostrado que 70 a 90% de las infecciones por C. Trachomatis en la mujer son asintomáticas, pudiendo persistir por meses o años. *Su mayor incidencia se presenta en la adolescencia y en mujeres menores de 25 años*. En el hombre, la infección suele ser asintomática.

Las complicaciones de esta infección en las mujeres incluyen la enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico crónico, infertilidad tubárica, embarazo ectópico e infertilidad. Por otra parte, la infección durante el embarazo se asocia con la ruptura prematura de las membranas, bajo peso al nacer y el aborto involuntario.

La transmisión vertical de la infección por Chlamydia Trachomatis puede producir neumonía en el recién nacido o infección ocular, con cuadros de oftalmia neonatal que pueden evolucionar a ceguera si no se da tratamiento adecuado.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de exámenes procesados y reactivos, según grupo usuario, realizados en el período informado por establecimientos facultados para ello.

Considera los siguientes exámenes: Aislamiento de Chlamydia Trachomatis, por PCR (TAAN), o Inmunofluorescencia directa (IFD) u otra técnica similar.

Los grupos de pesquisa (usuarios) definidos son:

Gestantes: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de Chlamydia Trachomatis, según norma vigente realizados a gestantes.

Personas en control por comercio sexual: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas que ejercen comercio sexual.

Personas VIH (+): Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas que viven con VIH.

Consultante de ITS ambulatorio (nivel 1° y 2°): Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas atendidas en nivel ambulatorio. Incluye los exámenes provenientes de APS, y nivel de especialidad.

Consultante de ITS ambulatorio (nivel 3º y urgencia): Corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) atendidos en nivel hospitalario. Incluye los exámenes provenientes de APS, y nivel de especialidad.

Víctima de violencia sexual: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas que han sido víctimas de violencia sexual

Otros: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, de personas en situaciones distintas de las descritas en los otros grupos.

Reglas de consistencia

R.1: El total de reactivos debe ser menor que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: El N° de TRANS, el N° de pacientes pertenecientes a Pueblos Originarios y el N° de personas migrantes, deben ser menor o igual al total de exámenes.

Sección F: Exámenes de VIH por técnica visual/rápida y grupos de usuarios (Exclusivo establecimientos no laboratorios)

Definiciones conceptuales:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos de salud NO laboratorios, que tienen disponibles test de VIH por técnica Visual/Rápida. Corresponde registrar los exámenes de detección de VIH por técnica visual/rápida realizados (procesados) y confirmados por ISP según grupo de pesquisa.

Las muestras venosas tomadas para proceso de confirmación no deben ser consignadas.

Se considera en la modalidad "interior establecimiento salud (intramuro)", a los exámenes realizados dentro del establecimiento a la población objetivo (grupo de pesquisa), en cualquiera de las actividades de salud. Los grupos de pesquisa son los mismos de la sección C1, con excepción del grupo de donantes de sangre.

La modalidad "exterior establecimiento de salud (extramuro)", considera a todos los exámenes realizados en actividades hacia la comunidad, siendo los grupos de usuarios los siguientes:

Centros penitenciarios: Corresponde a los exámenes realizados por el centro de salud en actividades desarrolladas en centros penitenciarios a población recluida.

Centros Sename: Corresponde a los exámenes realizados por el centro de salud en actividades desarrolladas en centros Sename a población privada de libertad y en protección de derechos.

Centros educacionales**:** Corresponde a los exámenes realizados por el centro de salud en actividades desarrolladas en centros educacionales a población de la comunidad escolar o universitaria.

Otros: Corresponde a los exámenes realizados por el centro de salud en actividades desarrolladas en la comunidad a población general. Se consideran en este grupo los exámenes realizados en ferias o plazas ciudadanas, centros de madres, grupos juveniles, clubes deportivos etc.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de exámenes procesados y reactivos, según grupo usuario, realizados en el período informado por establecimientos facultados para ello.

Reglas de consistencia

R.1: El total de Confirmados positivos por el ISP debe ser menor o igual que el total de procesados.

R.2: La sumatoria de los exámenes por sexo, debe ser igual al total.

R.3: La sumatoria de los TRANS debe ser menor o igual al total de exámenes.

R.4: El número de exámenes a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total.

R.5: El número de exámenes a personas migrantes, deben ser menor o igual al total.

Sección G: Screening Enfermedad de Chagas para embarazadas, puérperas y mujeres en edad fértil.

El acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad de Chagas se enmarca en el marco vigente del Programa Nacional de Vigilancia Integrada de Enfermedad de Chagas, en el cual se consideran las diferentes estrategias de Salud Pública en todo el ciclo vital de las personas.

Definiciones conceptuales:

Control Pre-Concepcional en APS: Es la atención integral proporcionada otorgada a una mujer, un hombre o pareja, para iniciar o posponer una gestación, de acuerdo con sus factores de riesgos presentes antes del proceso gestacional. En relación a la enfermedad de Chagas comprende el examen serológico que se realiza a la mujer tamizaje para confirmar o descartar la infección por T Cruzi.

Control Prenatal**:** Es la atención periódica y preventiva que se otorga a la gestante. En relación con la enfermedad de Chagas comprende el tamizaje en gestantes para confirmar o descartar la infección por T Cruzi.

Control de Puérpera, Recién Nacido y lactante: En caso de enfermedad de Chagas corresponde a los exámenes definidos en la norma general técnica N° 162.

Tratamiento de personas con enfermedad de Chagas: Corresponde a la atención entrega por equipo multidisciplinario referente a nivel de servicio de salud quien inicia tratamiento y controles que evalúan la adherencia farmacológica de acuerdo con el marco normativo nacional. Se debe registrar eventos asociados al proceso durante los controles de salud.

Consulta en APS de casos crónicos de enfermedad de Chagas: Corresponde a consulta de casos crónicos que se encuentran en procesos de seguimiento de la enfermedad de Chagas se acuerdo a norma vigente. En este caso incluye pacientes no candidatos a tratamiento y/o pacientes con tratamiento y seguimiento finalizado, que no requieren control con médico especialista.

Estudios de contactos: Corresponde a los estudios diagnósticos de contactos familiares de un caso índice en el contexto de la vigilancia de enfermedad de Chagas, independientemente de edad, género y domicilio.

Definiciones operacionales:

Se deben registrar los exámenes realizados, los exámenes con resultado reactivo y los exámenes con resultado confirmado, según grupo de usuarios definido:

Gestantes con examen de Chagas solicitado: Corresponde a mujeres embarazadas que ingresan a control prenatal en APS, donde se le solicita (orden) examen serológico como tamizaje de infección por T. cruzi. Se debe registrar el número de total de casos que se presentan durante el periodo evaluado (independientemente de su edad gestación o momento de consulta)

Gestantes con examen de Chagas informado: Corresponde a mujeres embarazadas según edad que, durante sus controles prenatales de seguimiento en APS, se realiza la entrega del resultado de evaluación serológica para infección de T cruzi (informe de resultado), el que puede ser confirmado o descartado según corresponda. Incluye casos cuya muestra fue solicitada en periodos anteriores, se puede contrarrestar con los registros de laboratorio en los casos que se cuente con una red integrada para esta evaluación.

Gestantes con examen de Chagas confirmado: Corresponde a mujeres embarazadas en control prenatal en atención primaria, según edad cuyo examen serológico es confirmatorio para infección por T cruzi durante el periodo evaluado. Incluye casos cuya muestra fue solicitada y procesada en controles prenatales anteriores. El resultado corresponde a los informes del ISP y/o Establecimiento reconocidos.

Gestantes que ingresan a maternidad sin examen de enfermedad de Chagas: Corresponde a la totalidad de las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto y/o aborto y se desconoce su situación serológica para Chagas. Se debe registrar el número total de exámenes procesados para la pesquisa y confirmación de la infección de T cruzi según norma vigente, es decir toda mujer sin registro en agenda de salud o sin informe de resultado diagnóstico.

Mujeres en Control Preconcepcional: Corresponde a la totalidad de exámenes solicitados para la pesquisa de la infección de T cruzi según norma vigente a mujeres que acuden a control preconcepcional en APS

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección H: Diagnóstico transmisión vertical madre hijo/a con Enfermedad de Chagas

Definiciones conceptuales:

Las definiciones conceptuales son auto explicativas y coinciden con las definiciones operacionales.

Definiciones operacionales:

Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas nacidos en el periodo: Corresponde al número total de recién nacidos vivos hijo/as de madre con enfermedad de Chagas confirmado que egresan de maternidad o neonatología.

Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con examen directo realizado: Corresponde al número total de recién nacidos vivos hijos/as de madre con enfermedad de Chagas confirmada, a quien se realiza antes de las primeras 72 hrs. de nacido, el examen directo para identificación del T cruzi según norma vigente.

Antes del alta la muestra debe ser tomada, procesada, informada y registrada. Solo en casos excepcionales se deben establecer los mecanismos para la entrega de resultado posterior al alta de la madre.

Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con examen molecular realizado (1° muestra): Corresponde al número total de recién nacidos y/o lactantes vivos hijos/as de madre con enfermedad de Chagas confirmada, a quienes se realiza durante el primer mes de vida el examen de reacción de cadena de polimerasa (PCR).

Se debe registrar una vez que se entrega la información del resultado al paciente.

Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con examen molecular realizado (2° muestra): Corresponde al número total de recién nacidos y/o lactantes vivos hijos/as de madre con enfermedad de Chagas confirmada, a quienes se realiza durante los dos meses de vida el examen de reacción de cadena de polimerasa (PCR).

Se debe registrar una vez que se entrega la información del resultado al paciente.

Hijos/as de Madre con enfermedad de Chagas con examen molecular realizado (3° muestra): Corresponde al número total de recién nacidos y/o lactantes vivos hijos/as de madre con enfermedad de Chagas confirmada, a quienes se realiza durante los nueve meses de vida el examen de reacción de cadena de polimerasa (PCR).

Se debe registrar una vez que se entrega la información del resultado al paciente.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Seccion I: Tratamientos Farmacológicos

Definiciones conceptuales:

Las definiciones conceptuales son auto explicativas y coinciden con las definiciones operacionales.

Definiciones operacionales:

Personas con enfermedad de Chagas que ingresan e inician tratamiento farmacológico en el periodo (nifurtimox): Corresponde a los pacientes confirmados por enfermedad de Chagas según edad y sexo que ingresan a tratamiento farmacológico con Nifurtimox en el periodo evaluado.

Personas con enfermedad de Chagas que suspenden o rechazan tratamiento farmacológico en el periodo (nifurtimox): Corresponde a los pacientes confirmados por enfermedad de Chagas según edad y sexo que suspenden o rechazan (incluye inasistencia prolongada y suspensión por RAM) farmacológico con Nifurtimox en el periodo evaluado.

Personas con enfermedad de Chagas que finalizan tratamiento farmacológico en el periodo (nifurtimox): Corresponde a los pacientes confirmados por enfermedad de Chagas según edad y sexo que finalizan tratamiento farmacológico con Nifurtimox en el periodo evaluado.

Personas con enfermedad de Chagas que ingresan e inician tratamiento farmacológico en el periodo (benznidazol): Corresponde a los pacientes confirmados por enfermedad de Chagas según edad y sexo que ingresan a tratamiento farmacológico con Benznidazol en el periodo evaluado.

Personas con enfermedad de Chagas que suspenden o rechazan tratamiento farmacológico en el periodo (benznidazol): Corresponde a los pacientes confirmados por enfermedad de Chagas según edad y sexo que suspenden o rechazan (incluye inasistencia prolongada y suspensión por RAM) farmacológico con Benznidazol en el periodo evaluado.

Personas con enfermedad de Chagas que finalizan tratamiento farmacológico en el periodo (benznidazol): Corresponde a los pacientes confirmados por enfermedad de Chagas según edad y sexo que finalizan tratamiento farmacológico con Benznidazol en el periodo evaluado.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Seccion J: Donantes confirmados Enfermedad de Chagas

Definiciones conceptuales:

Las definiciones conceptuales son auto explicativas y coinciden con las definiciones operacionales.

Definiciones operacionales:

Donantes confirmados con enfermedad de Chagas en el periodo: Corresponde a los donantes de sangre según edad y sexo confirmados por infección por T cruzi durante el periodo evaluado.

El registro corresponde a los establecimientos en donde se produce la donación de sangre por parte del usuario.

Donantes confirmados e informados de su condición serológica para enfermedad de Chagas: Corresponden a los donantes de sangre según edad y sexo confirmados por infección por T cruzi, quienes se informa su resultado serológico y se deriva a evaluación clínica según normativa vigente.

El registro corresponde a los establecimientos en donde se produce la donación de sangre y además entreguen el resultado serológico confirmado al usuario.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección K: Seguimiento de casos

Definiciones conceptuales:

Las definiciones conceptuales son auto explicativas y coinciden con las definiciones operacionales.

Definiciones operacionales:

Control de las personas con Chagas crónico en Atención Primaria de Salud: Corresponde al total de pacientes con enfermedad de Chagas crónica, quienes acuden a evaluación de su patología crónica en atención primaria de acuerdo con la normativa vigente (control rutinario).

Corresponde a la evaluación de pacientes que no son candidatos a tratamiento, o que fueron tratados y seguidos y que no requieren evaluación por especialista.

Estudio de contactos familiares de un caso por Infección por T cruzi: Corresponde al total de casos/contactos familiares de un caso índice, según edad y sexo, a quienes se solicita serología para T cruzi en el periodo evaluado.

Se debe registrar en el establecimiento donde se realice la evaluación del caso índice o según indicaciones del gestor de la red.

Contactos familiares confirmados por infección por T cruzi: Corresponde al total de casos/contactos familiares de un caso índice, según edad y sexo, a quienes se confirma la infección por T cruzi.

Se debe registrar en el establecimiento donde se realice la evaluación del caso índice o según indicaciones del gestor de la red.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

REM A11a: TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL

Este REM tiene por objetivo consolidar en un sólo espacio los principales indicadores de seguimiento de las políticas públicas dirigidas a la prevención de la transmisión materno infantil de las infecciones transmisibles priorizadas

Por lo anterior corresponde su registro a diversos puntos de la red. Cada indicador, señala claramente el nivel y la información que debe ser reportada.

SECCIONES DEL REM-A.11a

- **Sección A:** Tratamiento de sífilis en gestantes
- **Sección B:** Niños y niñas expuestos a la sífilis tratados al nacer
- **Sección C:** Abortos y defunciones fetales atribuidas a sífilis, según edad gestacional
- **Sección D**: Aplicación de profilaxis ocular para Gonorrea en recién nacidos
- **Sección E:** Mujeres VIH que recibe protocolo prevención transmisión vertical al parto (PTV)
- **Sección F:** Recién nacidos expuestos al VIH que recibe protocolo de transmisión vertical
- **Sección G:** Recién nacidos expuestos al VIH que recibe leche maternizada al alta
- **Sección H:** Gestantes estudiadas para Estreptococcus Grupo B (EGB)
- **Sección I:** Gestantes evaluadas para Hepatitis B
- **Sección J:** Profilaxis de transmisión vertical aplicada al recién nacido, hijo de madre Hepatitis B positiva
- **Sección K:** Seguimiento de Niños y Niñas al año de vida

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A08

Sección A: Tratamiento de Sífilis en gestantes

Definiciones conceptuales:

Gestantes con 1° test no treponémico reactivo en este embarazo**:** Considera a todas aquellas mujeres en control prenatal que son reactivas por primera vez en esta gestación, ya sea en el primer, segundo o tercer tamizaje rutinario del embarazo. Es decir, se contabilizan en el período, a las gestantes que obtienen por primera vez en este embarazo, un resultado reactivo.

Excluye por tanto a aquellas que son reactivas en exámenes de monitoreo y seguimiento post tratamiento de sífilis y aquellas con huella serológica que permanece (+) durante todo el embarazo.

Gestantes con penicilina administrada: El tratamiento inicial para sífilis es la administración de una dosis de Penicilina benzatina de 2,4 millones al momento de la entrega del resultado reactivo del tamizaje.

Considera sólo aquellas que reciben al menos 1 dosis de penicilina. Excluye a quienes reciben tratamiento con otro fármaco.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de mujeres que obtienen resultado reactivo del examen no treponémico por primera vez en este embarazo, según el nivel de atención en el cual se verifica el tamizaje y el tratamiento. Se debe cautelar que el reporte se realice una sola vez por mujer y no se duplique en la red.

Reglas de consistencia:

R.1: El total debe ser igual a la suma por grupos de edad.

R.2: El total de mujeres consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes es independiente de la suma por edad. Es decir, es un subconjunto del total.

Sección B: Niños y niñas expuestos a la Sífilis tratados al nacer

Definiciones conceptuales:

Recién nacido/a expuesto/a sífilis: Corresponde al hijo nacido vivo de mujer con serología no treponémica reactiva al parto sin antecedentes de tratamiento durante la gestación o tratamiento inadecuado.

Se considera tratamiento adecuado, el tratamiento con penicilina benzatina 2,4 millones, ultima dosis administrada al menos 30 días antes de parto, en mujer con todas las parejas tratadas.

Se considera tratamiento inadecuado, al tratamiento administrado de forma incompleta, administrado en un tiempo menor a los 30 días previos al parto y/o con un medicamento distinto de penicilina benzatina y/o mujer tratada sin tratamiento de sus parejas sexuales.

Recién nacido/a expuesto/a sífilis tratado: Corresponde al hijo nacido vivo de mujer con serología no treponémica reactiva al parto sin antecedentes de tratamiento durante la gestación o tratamiento inadecuado, que recibe hospitalización y tratamiento con penicilina al nacer.

Un recién nacido/a tratado al nacer con antibiótico distinto de penicilina se considera para sífilis congénita no tratado.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de recién nacidos expuestos/as a sífilis al nacer que recibe tratamiento y el total de recién nacidos/as expuestos a sífilis al nacer.

La fuente de información son los servicios donde se realiza el tratamiento de recién nacidos.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de recién nacidos expuestos/as a sífilis al nacer debe ser mayor o igual al total de niños/as expuestos a sífilis al nacer que reciben tratamiento.

R.2: El total de recién nacidos consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes debe ser menor o igual al total de recién nacidos expuestos y tratados.

Sección C: Abortos y defunciones fetales atribuidas a Sífilis según edad gestacional

Definiciones conceptuales:

Mujer con serología reactiva para sífilis: Corresponde a todas aquellas mujeres cuyo resultado del examen no treponémico al momento del aborto o mortinato es reactivo.

Aborto menor o igual a 19+6 semanas o menor a 500 grs.: En esta categoría se considera a todos los abortos que disponen de ecografía precoz cuya edad gestacional (EG) calculada es menor o igual de 19+6 semanas. Los casos que no dispongan de ecografía precoz, y tienen un peso inferior a 500 grs. deben ser considerados en esta categoría.

Aborto entre las 20 y las 21+6 semanas o mayor a 500 grs.: En esta categoría se considera a todos los abortos que disponen de ecografía precoz cuya EG calculada está entre las 20 y 21+6 semanas. Los casos que no dispongan de ecografía precoz, y tienen un peso mayor a 500 grs. deben ser considerados.

Mortinato mayor o igual a 22 semanas: En esta categoría se considera a todos los mortinatos que disponen de ecografía cuya EG calculada es igual o mayor a 22 semanas. En caso de no disponer de ecografía utilizar fecha de última regla para calcular edad gestacional.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de mujeres cuyo resultado del examen no treponémico al momento del aborto o mortinato es reactivo, según edad gestacional del aborto o mortinato. La fuente de información son los servicios de ginecobstetricia donde se atiende el aborto o mortinato.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de mujeres cuyo resultado del examen no treponémico al momento del aborto o mortinato es reactivo, debe ser igual a la sumatoria del detalle por edad.

R.2: El total de mujeres cuyo resultado del examen no treponémico al momento del aborto o mortinato es reactivo consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes es independiente de la suma por edad. Es decir, no integran la suma por edad.

R.3: El total de mujeres con aborto o mortinato según edad gestacional es mayor o igual al total de mujeres con aborto o mortinato según edad gestacional con serología reactiva.

Sección D: Aplicación de profilaxis ocular para Gonorrea en recién nacidos

Definición conceptual:

Profilaxis ocular para gonorrea: Considera como profilaxis la administración de antibiótico de cloranfenicol en gotas, o ungüento de eritromicina en cada ojo con el objetivo de evitar la infección por gonorrea.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de recién nacidos vivos que reciben profilaxis ocular con antibiótico para evitar la transmisión de la gonorrea, durante las primeras 24 horas de vida.

La fuente de información son los servicios de atención de recién nacido.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de recién nacidos tratados consignados en la variable pueblos originarios y migrantes debe ser menor o igual al total de recién nacidos tratados.

R.2: El total de recién nacidos vivos debe ser mayor o igual al total de recién nacidos/as que reciben tratamiento.

Sección E: Mujeres VIH que reciben Protocolo Prevención Transmisión Vertical al parto (PTV)

Definiciones conceptuales:

Protocolo de prevención de la transmisión vertical VIH: Considera la administración de antirretrovirales según norma vigente (inicio de trabajo de parto o al menos 4 horas antes de la cesárea programada) para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.

Mujeres VIH (+) confirmadas por el ISP que recibieron protocolo completo PTV al parto: Considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es confirmada positiva previo a este embarazo y/o en este embarazo, y que recibieron protocolo completo de prevención de la transmisión vertical en el preparto y parto. Excluye a las mujeres que atendidas con mortinato.

Mujeres VIH (+) confirmadas por el ISP que recibieron protocolo incompleto PTV al parto**:** Considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es confirmada positiva previo a este embarazo y/o en este embarazo, y que recibieron protocolo incompleto de prevención de la transmisión vertical en el preparto y parto. Es decir, recibieron medicamentos antirretrovirales por un tiempo menor al establecido en la norma. Excluye a las mujeres que atendidas con mortinato.

Mujeres VIH (+) confirmadas por el ISP que no recibieron protocolo PTV al parto: considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es confirmada positiva previo a este embarazo y/o en este embarazo, y que no recibieron protocolo de prevención de la transmisión vertical en el preparto y parto. Excluye a las mujeres que atendidas con mortinato.

Mujeres VIH (+) confirmadas por el ISP atendidas por parto: Considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es confirmada positiva previo a este embarazo y/o en este embarazo. Excluye a las mujeres que atendidas con mortinato.

Mujeres con serología VIH (+) no confirmada por ISP que recibieron protocolo completo PTV al parto: Considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es reactiva no confirmada por el ISP y que recibieron protocolo completo de prevención de la transmisión vertical en el preparto y parto Excluye a las mujeres que atendidas con mortinato.

Mujeres con serología VIH (+) no confirmada por ISP que recibieron protocolo incompleto PTV al parto: Considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología es reactiva y no ha sido confirmada por ISP y que recibieron protocolo incompleto de prevención de la transmisión vertical en el preparto y parto. Es decir, recibieron medicamentos antirretrovirales por un tiempo menor al establecido en la norma. Excluye a las mujeres que atendidas con mortinato.

Mujeres con serología VIH (+) no confirmada por ISP que no recibieron protocolo PTV al parto: Considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es reactiva y no ha sido confirmada por ISP, y que no recibieron protocolo de prevención de la transmisión vertical durante el preparto y parto. Excluye a las mujeres que atendidas con mortinato.

Mujeres con serología VIH (+) no confirmada por ISP atendidas por parto: Considera a las mujeres que son atendidas por parto con niño/a vivo/a cuya serología para VIH es reactiva y no ha sido confirmada al parto. Excluye a las mujeres que han tenido mortinato.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar a todas las mujeres con serología VIH (+) confirmadas y no confirmadas por ISP que tienen su parto en el periodo de reporte y que reciben protocolo de prevención de la transmisión vertical con antirretrovirales durante el trabajo de parto y parto.

La fuente de información son los servicios de ginecobstetricia donde se atiende parto.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de mujeres debe ser igual a la sumatoria del detalle por edad.

R.2: El total de mujeres consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes es independiente de la suma por edad. Es decir, es un subconjunto del total.

R.3: El total de mujeres VIH (+) que recibe protocolo puede ser menor o igual al total de mujeres VIH (+) atendidas por parto en cada categoría.

Sección F: Recién nacidos expuestos el VIH que reciben Protocolo de Transmisión Vertical.

Definiciones conceptuales:

Recién nacidos vivos hijos de mujer VIH (+) confirmada por ISP que iniciaron profilaxis para VIH durante las primeras 12 hrs de vida: Corresponde al hijo nacido vivo de mujer VIH (+) confirmada que recibe antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, durante las primeras 12 horas de vida.

Recién nacidos vivos hijos de mujer VIH (+) confirmada por ISP: Corresponde al hijo nacido vivo de mujer VIH (+) confirmada.

Recién nacidos vivos hijos de mujer con serología VIH (+) no confirmada por ISP que iniciaron profilaxis para VIH durante las primeras 12 hrs de vida: Corresponde al hijo nacido vivo de mujer VIH (+) no confirmada al parto que recibe antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, durante las primeras 12 horas de vida.

Recién nacidos vivos hijos de mujer con serología VIH (+) no confirmada por ISP: Corresponde al hijo nacido vivo de mujer VIH (+) no confirmada al parto.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar a todos los recién nacidos hijos de mujer con serología VIH (+) confirmadas y no confirmadas que reciben protocolo de prevención de la transmisión vertical con antirretrovirales antes de las 12 horas de vida.

La fuente de información son los servicios donde se administra el tratamiento de recién nacidos.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de recién nacidos que recibe protocolo de prevención de la transmisión vertical con antirretrovirales antes de las 12 horas de vida puede ser menor o igual al total de niños nacidos vivos de mujer VIH (+) confirmada y no confirmada.

R.2: El total de recién nacidos vivos de mujer VIH (+) y tratados consignados en la variable pueblos originarios y migrantes debe ser menor o igual al total de niños nacidos vivos de mujer VIH (+) y tratados.

Sección G: Recién nacidos expuestos el vi que recibe leche maternizada al alta.

Definiciones conceptuales:

Recién nacidos vivos hijos de mujer VIH (+) confirmada por el ISP: Corresponde al hijo nacido vivo de mujer VIH (+) confirmada por el ISP.

Recién nacidos vivos hijos de mujer VIH (+) confirmada por ISP que recibe leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa): Corresponde al hijo nacido vivo de mujer VIH (+) confirmada que recibe leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa). Considera sólo aquellos que retiran físicamente los sucedáneos de leche materna al momento del alta. Excluye los que reciben sólo la indicación escrita.

Recién nacidos vivos hijos de mujer con serología VIH (+) NO confirmada por ISP que recibe leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa): Corresponde al hijo nacido vivo de mujer con serología VIH (+) no confirmada que recibe leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa). Considera sólo aquellos que retiran físicamente los sucedáneos de leche materna al momento del alta. Excluye los que reciben sólo la indicación escrita.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar a todos los recién nacidos hijos de mujer con serología VIH (+) confirmadas y no confirmadas que reciben leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa). Considera sólo aquellos que retiran físicamente los sucedáneos de leche materna al momento del alta. Excluye los que reciben sólo la indicación escrita

La fuente de información son las unidades de puerperio/puericultura.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de recién nacidos que recibe leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa) debe ser menor o igual al total de niños nacidos vivos de mujer VIH (+) confirmada y no confirmada.

R.2: El total de niños consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes debe ser menor o igual al total de niños nacidos vivos de mujer VIH (+) que recibe la leche maternizada.

Sección H: Gestantes estudiadas para Estreptococcus Grupo B (EGB)

Definiciones conceptuales:

Gestantes estudiadas para EGB en APS: Considera a la mujer en control prenatal que es estudiada para la detección del ESTREPTOCOCCUS GRUPO B según guía perinatal entre las 35-37 semanas o gestantes que por hallazgo en urocultivo se consideran estudiadas.

Gestantes estudiadas en APS con examen EGB (+): Considera a la mujer en control prenatal que es estudiada para la detección del ESTREPTOCOCCUS GRUPO B y obtiene un resultado (+). Incluye aquellas estudiadas según guía perinatal o por hallazgo en urocultivo.

Profilaxis para (EGB): Considera la administración de antibióticos durante el trabajo de parto y hasta la resolución del parto según guía perinatal.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar a todas las gestantes estudiadas, confirmadas y con profilaxis para EGB durante el período de reporte.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de mujeres debe ser igual a la sumatoria del detalle por edad.

R.2: El total de mujeres consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes es independiente de la suma por edad. Es decir, es un subconjunto del total.

R.3: El total de mujeres EGB (+) puede ser menor o igual al total de mujeres estudiadas EGB.

Sección I: Gestantes evaluadas para Hepatitis B

Definiciones conceptuales:

Gestantes con solicitud de estudio serológico para Hepatitis B: Considera a la mujer en control prenatal que es estudiada para la detección del virus de la Hepatitis B. Considera aquellas estudiadas con antígeno de superficie para Hepatitis B. (AgsHB).

Gestantes con estudio serológico positivo confirmado para Hepatitis B: Considera a la mujer en control prenatal que es estudiada para la detección del virus de la Hepatitis B y que es confirmada (+) por el ISP.

Gestantes con Hepatitis B confirmada por el ISP derivada con especialista (Gastroenterólogo, hepatólogo u otro): Considera a la mujer en control prenatal que ha sido confirmada con hepatitis B por el ISP y es derivada al especialista para control de la Hepatitis.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar a todas las gestantes estudiadas, confirmadas y derivadas por hepatitis B durante el período de reporte según nivel de atención.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de mujeres debe ser igual a la sumatoria del detalle por edad.

R.2: El total de mujeres consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes es independiente de la suma por edad. Es decir, es un subconjunto del total.

Sección J: Profilaxis de Transmisión Vertical aplicada al recién nacido, hijo de madre Hepatitis B Positiva

Definiciones conceptuales:

Recién nacidos hijos de madre Hepatitis B positiva confirmadas: Considera a todos los recién nacidos en el periodo de reporte hijos de mujer con hepatitis B confirmada por el ISP.

Profilaxis de Hepatitis B para la prevención de la transmisión vertical**:** Corresponde a la administración de la vacuna anti hepatitis B y la inmunoglobulina específica antes de las primeras 12 horas de vida.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar a todos los recién nacidos hijos de mujer con hepatitis B confirmada positiva por el ISP que reciben profilaxis completa antes de las 12 hrs de vida.

La fuente de información son los servicios donde se realiza el tratamiento de recién nacidos.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de recién nacidos que recibe protocolo de prevención de la transmisión vertical antes de las 12 horas de vida puede ser menor o igual al total de niños nacidos vivos de mujer con hepatitis B confirmada por el ISP.

R.2: El total de recién nacidos vivos de mujer con hepatitis B confirmada por el ISP consignadas en la variable pueblos originarios y migrantes debe ser menor o igual al total de niños nacidos vivos de mujer con hepatitis B confirmada por el ISP.

Seccion K: Seguimiento de niños y niñas al año de vida

Definiciones conceptuales:

Niños hijos de madre con Hepatitis B confirmada positiva por el ISP evaluados al año de vida: Considera a todos los hijos de mujer con hepatitis B confirmada por el ISP que recibieron profilaxis al nacer y que son evaluados con AgsHB al año de vida. Excluye a los niños que no recibieron profilaxis.

Niños hijos de madre Hepatitis B positiva, evaluados al año de vida, confirmado positivo de transmisión vertical para Hepatitis B: Considera a todos los hijos de mujer con hepatitis B confirmada por el ISP que recibieron profilaxis al nacer cuyo resultado del AgsHB es positivo al año de vida.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar a todos los hijos de mujer con hepatitis B confirmada positiva por el ISP que reciben profilaxis al nacer y son evaluados para hepatitis B al año de vida.

La fuente de información son los servicios donde se realiza el seguimiento de los niños positivos para Hepatitis B.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de niños evaluados es mayor o igual al total de niños positivos para Hepatitis B al año de vida.

R.2: El total de niños consignados en la variable pueblos originarios y migrantes debe ser menor o igual al total de niños estudiados y positivos para hepatitis B.

REM A19a: ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

La Promoción de salud, es una piedra angular de la atención primaria de salud y una función esencial de salud pública, el fundamento de su desarrollo se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, dándose un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico. Por lo tanto, es la estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando aspectos sociales, culturales, ambientales, etc., tanto para el individuo mismo, como para toda la sociedad.

SECCIONES DEL REM-A.19A

- **Sección A:** Consejerías
- **Sección A.1:** Consejerías individuales
- **Sección A.2:** Consejerías individuales por VIH
- **Sección A.3:** Consejerías familiares
- **Sección A.4:** Consejerías individuales con entrega de preservativos
- **Sección B:** Actividades de promoción
- **Sección B.1:** Actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes
- **Sección B.2**: Talleres grupales de vida sana según tipo, por espacios de acción
- **Sección B.3:** Actividades de gestión según tipo, por espacios de acción
- **Sección B.4:** Talleres grupales según temática y número de participantes en Programa Espacios Amigables.
- **Sección C:** Trabajo con agrupaciones de usuarios, comunidad y derechos humanos (PRAIS).
- **Sección D:** Trabajo intersectorial PRAIS.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A19a

Sección A. Consejerías

Sección A.1: Consejerías individuales

Definiciones conceptuales:

Consejería: Relación de ayuda, entrega de información y educación que puede realizarse en una o más sesiones, que se desarrolla en un espacio de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto.

Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada persona y tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de las potencialidades, de manera que la persona descubra y ponga en práctica sus recursos, tome decisiones en la consecución de su estado de bienestar integral.

Esta intervención está dirigida a la población general y debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades de la persona

Temáticas en las que se aplica la Consejería:

Actividad física y Alimentación Saludable: 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. En cuento a alimentación saludable es la atención terapéutica entregada por un funcionario de salud en alimentación saludable a un individuo o al grupo familiar, con el fin de motivar la adopción de conductas alimentarias adecuadas, valorando la importancia de la alimentación y sus efectos sobre la salud.

Tabaquismo: Se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, que permite realizar una intervención específica, para cada grupo de acuerdo al diagnóstico de la etapa de desarrollo en el consumo de tabaco, según las etapas de FLAY y motivación al cambio, con el objetivo prevenir, retardar la iniciación del hábito o apoyar el proceso de cesación del consumo de tabaco en adolescentes, mujeres y hombres.

Consumo de drogas: Se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde indaga por el consumo de drogas y se informa y guía a consultantes, con el fin de promover hábitos saludables, prevenir el consumo de drogas, generar percepción de riesgo por el consumo, motivar el cese o la disminución del consumo, o bien fortalecer y desarrollar las herramientas para manejar riesgos de consumo.

Se excluyen como consejerías, las acciones de detección o Screening, como también las intervenciones breves para reducir el consumo de drogas que puedan ser realizadas.

Salud Sexual y Reproductiva con o sin entrega de Preservativos: Es la atención individual proporcionada a la población general o grupos específicos con el fin de entregar información clara, completa y oportuna, que les permita tomar sus propias decisiones en relación a salud sexual, salud reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Regulación de Fertilidad con o sin entrega de Preservativo: Reconoce el derecho de las personas a obtener información y acceso a métodos para regular su fecundidad y decidir libre y responsablemente el número de hijos, espaciamiento y momento de tenerlos, así como la promoción de la salud sexual integral, placentera, diversa, sin sufrir discriminación, coacción ni violencia. Considera el total de consejerías con y sin entrega de condones.

Prevención VIH e Infección de Transmisión Sexual (ITS) con o son entrega de Preservativo: Es la atención en la cual, se evalúan las vulnerabilidades y riesgos personales frente al VIH y las ITS se actualiza información y se planifican estrategias de prevención en forma personalizada.

La oferta del examen de detección del VIH, y otros exámenes se realiza si los antecedentes recopilados justifican su realización. Considera el total de consejerías con y sin entrega de condones.

Prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis (embarazadas) con o son entrega de Preservativo: Es la atención brindada a la gestante, en la cual se entrega información clara y precisa sobre las ventajas de realizarse el examen y conocer su resultado.

Se debe enfatizar la confidencialidad de la información solicitada para facilitar la evaluación de riesgos y apoyar la toma del examen para la detección del VIH y la Sífilis. Considera el total de consejerías con y sin entrega de condones.

Desarrollo infantil integral (Prevención de alteración del Desarrollo Integral): Es la atención individual a niños y niñas, en la cual se entrega información clara y precisa sobre las ventajas de la estimulación para el crecimiento y desarrollo infantil, tanto en aspectos biomédicos, sociales, cognitivos, emocionales y vinculares. Se realiza el seguimiento del Plan de Atención integral y tratamiento en curso. Considera el total de consejerías a niños y niñas con alteraciones biopsicosociales.

Definiciones operacionales:

Se registra la consejería por cada área descrita, según el integrante del equipo de salud que la realiza, desglosada por grupos edad y por sexo.

También se registra por espacios amigables, TRANS, Pueblos Originarios, Migrantes, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes SENAME y Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Mejor Niñez que deben estar incluidas en los grupos de edad correspondientes.

Las consejerías realizadas para niño(s) o niña(s) menores de 10 años, se debe registrar en la columna para el grupo de edad que corresponda, aun cuando la consejería la reciba un adulto.

La consejería es una actividad que requiere agendarse

Corresponde registrar las consejerías para Hepatitis B, Hepatitis C, HTLVI, Chagas y Sífilis.

Regla de consistencia:

R.1: No olvidar indicar en las columnas AN-AV, si las conserjerías fueron realizadas en espacios amigables, a pacientes TRANS femeninos o masculinos, a pacientes de pueblos originarios, migrantes, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes SENAME y Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Mejor Niñez.

Sección A.2: Consejerías individuales por VIH (No incluidas en Sección A.1)

Definiciones conceptuales:

Orientación e información previa al examen de VIH: Es la atención que se brinda a una persona asociada a la oferta o solicitud del examen de detección del VIH, en que se entrega información sobre el VIH/SIDA, sobre el examen y sus posibles resultados, se firma el consentimiento informado y se acuerdan los procedimientos para la entrega del resultado.

Consejería post-test VIH: Es la atención que se le realiza a una persona para la entrega del resultado del examen VIH, sea este negativo o positivo confirmado por el ISP, que implica un diálogo asertivo que permita a la persona comprender a cabalidad la información y el significado del resultado, e incluye la derivación a servicios de salud según la situación particular de cada persona y con el reforzamiento de conductas preventivas.

Definición operacional:

Las actividades de orientación e información, así como las consejerías asociadas al test VIH-SIDA NO deben estar incluidas en la sección A.1.

Se registran por grupo etario y sexo de la persona atendida, según donde se lleva a cabo la actividad: en servicios de banco de sangre, en sala de hospitalización si la persona está hospitalizada, en atención de especialidad (CDT-CRS), en atención primaria, en espacios amigables de atención primaria o en otras instancias

Regla de consistencia:

R.1: Se deben registrar las conserjerías realizadas a personas TRANS, Pueblos Originarios, Migrantes, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes SENAME y Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Mejor Niñez en las últimas columnas de la sección, y deben estar registradas en los grupos de edad correspondientes.

Sección A.3: Consejerías familiares

Definición conceptual:

Es la atención al grupo familiar en la cual se entrega información adecuada para ayudarles en la toma de decisiones que implican cambios de conductas: crianza de hijos, prevención de crisis, cambio de estilos de vida, apoyo de la familia a miembro con patología crónica, etc.

Esta estrategia produce un mayor empoderamiento de personas y familia en su autocuidado, pero no desestima la importancia de la educación para la salud como otra estrategia complementaria.

Definición operacional:

Se registran las consejerías realizadas a las familias según tema prioritario descrito en REM. La sección se registra el número de consejería familiar en promoción de la salud, según el área descrita en la misma.

Regla de consistencia:

R.1: Las consejerías realizadas en espacios amigables no pueden ser mayores que el total de consejerías.

Sección A.4: Consejerías individuales con entrega de preservativos

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la actividad de consejería en la cual se entregan preservativos con una acción educativa sobre su uso correcto tanto hombres, mujeres y personas TRANS para la seguridad de la salud sexual, regulación de fertilidad, prevención del VIH e ITS. En el caso de la prevención de la transmisión vertical del VIH, la entrega es sólo para las mujeres en edad fértil y sus parejas sexuales. Por su naturaleza estas consejerías con entrega de condón deben estar contenidas en el total de consejerías consignadas en cada tipo: Regulación de Fertilidad, Prevención VIH e Infección de Transmisión Sexual (ITS), Prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis (embarazadas) y Salud Sexual y Reproductiva. Se desagregan por tipo de condón entregado:

Definiciones operacionales:

En esta sección se contabilizan las consejerías con entrega de preservativos, incluye la acción educativa sobre su uso correcto.

Condones masculinos: Aquí se consignan las consejerías en las cuales entregaron SÓLO condones masculinos

Condones femeninos: Aquí se consignan las consejerías en las cuales entregaron SÓLO condones femeninos

Ambos tipos de condones: Aquí se consignan las consejerías en las cuales entregaron ambos tipos de condones masculinos y femeninos

Regla de consistencia:

R.1: Esta sección debe estar contenida en la sección A.1

Sección B. Actividades de promoción

Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes

Definiciones conceptuales:

Eventos masivos: Actividades masivas que reúnen 50 o más personas con participación del equipo de salud, de usuarios, comunidad y/o miembros de instituciones de otros sectores, para difundir, comunicar o practicar conductas saludables en algunas o varias de las condicionantes.

Reuniones de planificación participativa: Instancias en la cual un grupo formado por representantes del equipo de salud, de la comunidad y de las instituciones públicas y/o privadas, se reúnen con el fin de identificar, priorizar problemas de salud y jerarquizar necesidades con el fin de contribuir a la elaboración de proyectos específicos que tienden a mejorar la situación detectada.

Jornadas y seminarios: Técnicas de aprendizaje, donde varias personas realizan sesiones de trabajo y/o discusión bibliográfica sobre un tema determinado.

Educación grupal: Es una actividad formativa de al menos treinta minutos y máximo tres horas, destinada a incrementar los conocimientos, identificar recursos, desarrollar habilidades y destrezas de las personas para incorporar conductas saludables destinadas a mejorar la calidad de vida.

Estrategias de promoción: También definidas como Espacios o Líneas de Acción, corresponde a un entorno social específico en que se abordan las condicionantes de la Promoción de la Salud, es decir Establecimientos de Educación Promotores de Salud (EEPS), Lugares de Trabajo Promotores de Salud (LTPS) y Comunas, Comunidades y Entornos Promotores de Salud (CCPS).

Condicionantes de promoción (abordadas): Son todos aquellos factores o características tanto de las personas y sus conductas, como del entorno o del ambiente, que estén asociados a la protección o al riesgo para la salud de las personas.

Actividad física: Corresponde a aquellas actividades de promoción realizadas por el equipo de salud que estimulan y fomentan la actividad física, la vida al aire libre, como factor protector de la salud, con público mayor de 20 personas como beneficiarios directos.

Alimentación: Corresponde a las actividades relacionadas con alimentación saludable y etiquetado nutricional, tales como exposiciones, mesones saludables, ferias y otros similares.

Ambiente libre de humo de tabaco: Corresponde a las actividades destinadas a generar ambientes libres del humo de tabaco, en hogares, escuelas, oficinas, grupos comunitarios, deportivos, instituciones, empresas, etc. que pueden concluir en una acreditación como ambientes libres del humo de tabaco o sólo informar y sensibilizar al grupo objetivo.

Factores protectores psicosociales: Corresponde a las intervenciones que apuntan al manejo del estrés, desarrollo de habilidades para la vida, y cambios actitudinales y comporta mentales, que favorezcan la participación y la construcción de redes sociales, así como intervenciones colectivas que potencien un entorno que fomente la justicia social, la existencia de apoyo social y la participación de las personas en las decisiones acerca de su propia salud y su propia vida.

Factores protectores ambientales: Corresponde a las intervenciones relacionadas con la preservación y el cuidado del medio ambiente y la naturaleza, el uso racional de los recursos energéticos, la polución de los recursos hídricos, la perdida de agua, la disposición de las basuras, los procesos de reciclaje, la eliminación de micro basurales, orientadas a controlar y disminuir la contaminación de aire, tierra, agua y de todo elemento de la naturaleza que comprometa la salud del ser humano y la calidad de vida de la población.

Actividades de promoción de DDHH: Corresponde a las actividades que se realizan con la comunidad a objeto de dar a conocer y promover los derechos de las personas y el Programa PRAIS.

Salud sexual y prevención de VIH/SIDA e ITS: Corresponden a las acciones desarrolladas para la promoción de la Salud Sexual integral y placentera, las conductas sexuales seguras, el fomento la prevención del VIH/ y las ITS, así como para contribuir a la adherencia a los controles preventivos y educación a las gestantes y sus parejas en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis.

Determinantes Sociales: los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Definiciones operacionales:

Se registran las actividades desarrolladas en la fila de la estrategia de promoción correspondiente, según la condicionante abordada y el número de participantes.

Para la totalidad de las actividades de promoción de la sección B. Independiente si participan dos o más profesionales, se debe registrar como una sola actividad, ya que el grupo es el mismo y la actividad se desarrolla en un tiempo estadístico.

Para el registro de los Espacios Amigables en APS, se deben registrar todas las actividades realizadas por el equipo de Espacios Amigables, ya sea tanto en los Centros de Atención Primaria, como en los establecimientos educacionales y otros espacios comunitarios.

Regla de consistencia:

R.1: No corresponde sumar las condicionantes abordadas y los determinantes sociales, ya que son actividades distintas.

R.2: Las actividades que se realizan por el equipo de Espacios Amigables, sólo debe registrarse en la fila "Espacios Amigables en APS", independiente del lugar donde se realicen.

Sección B.2: Talleres grupales de vida sana, según tipo, por espacios de acción

Definiciones conceptuales:

Son actividades sistemáticas grupales para fortalecer y desarrollar conductas de autocuidado y estilos de vida saludable en los asistentes y su grupo familiar. Se utilizan metodologías participativas, con dinámicas grupales, privilegiando el aprendizaje desde lo emocional y afectivo por sobre lo cognitivo o intelectual.

Los talleres específicos en Promoción de la Salud: son Autoestima y Autocuidado, Mente Sana y Cuerpo Sano, Comunicación, Yo me Cuido, Control del Tabaco, que se agrupan en las Consejerías de Vida Sana.

Otros Tipos de Talleres: Este ítem se utiliza para registrar talleres realizados en otros temas de autocuidado, vida sana o estilos de vida saludable.

Definiciones operacionales:

Se registra la estrategia o espacio de acción en que se realizó y los tipos de talleres grupales realizados.

Para el registro de los Espacios Amigables en APS, se deben registrar todas las actividades realizadas por el equipo de Espacios Amigables, ya sea tanto en los Centros de Atención Primaria, como en los establecimientos educacionales y otros espacios comunitarios.

Regla de consistencia:

R.1: Las actividades que se realizan por el equipo de Espacios Amigables, sólo deben registrarse en la fila "Espacios Amigables en APS", independiente del lugar donde se realicen.

Sección B.3: Actividades de gestión según tipo, por espacio de acción

Definiciones conceptuales:

Se refiere a las acciones de apoyo necesarias para el desarrollo de las actividades en cada estrategia o línea de acción. Incorpora acciones de instalación y/o fortalecimiento de la promoción de la salud tales como la comunicación y difusión, abogacía, capacitación. Estas actividades se pueden realizar antes o después del evento mismo.

Reuniones de gestión: Sesiones de más de 60 minutos, en la que participa uno o varios funcionarios del equipo de salud y miembros del intersector y/o comunidad con el fin de organizar, planificar, o coordinar alguna actividad de promoción.

Reuniones masivas de gestión: Se refiere a la actividad en la cual uno o más de los funcionarios del equipo de salud se reúnen con 25 o más personas de la comunidad y/o intersector para la abogacía y difusión de las actividades de promoción. Se recomienda tomar acta de la reunión y asistencia con nombre y firma.

Acciones de comunicación y difusión: Son acciones de planificación, implementación, consistencia, coordinación, análisis o evaluación de soportes comunicacionales, así como reuniones con comunicadores, publicistas, diseñadores y otros relacionados con estas actividades.

Preparación de actividades educativas: Se refiere a actividades de más de una hora de duración, desarrolladas por uno o más integrantes del equipo de salud, destinadas a la preparación y programación de instancias de capacitación y educación en temas de promoción de salud y participación ciudadana.

Entrevistas: Es la instancia en que uno o más funcionarios del equipo de salud se reúnen con una o más personas o autoridades comunales o regionales claves a fin de llegar a acuerdos de colaboración en torno a temas que afectan las acciones de promoción de salud y participación ciudadana.

Investigación y capacitación del RRHH: Son actividades realizadas por el equipo de salud orientada a generar información de la gestión e impacto de las acciones de promoción en la población. Además se incorporan las actividades destinadas a informar, analizar, evaluar, estudiar y auto capacitarse en forma metódica y sistemática en temas de promoción.

Definiciones operacionales:

En reuniones de gestión se registra la estrategia o espacio sobre la cual se trabajó.

En acciones de comunicación y difusión se registra el número de reuniones, de duración mayor a una hora y la estrategia o espacio sobre la cual se trabajó.

En preparación de actividades educativas, se registra la estrategia o espacio sobre la cual se trabajó.

En entrevistas se registra la estrategia o espacio sobre la cual se trabajó.

En investigación y capacitación del RRHH se registra el número de sesiones de más de una hora de duración, y las estrategias o espacios sobre la cual se trabajó prioritariamente.

Para el registro de los Espacios Amigables en APS, se deben registrar todas las actividades realizadas por el equipo de Espacios Amigables, ya sea tanto en los Centros de Atención Primaria, como en los establecimientos educacionales y otros espacios comunitarios.

Regla de consistencia:

R.1: Las actividades que se realizan por el equipo de Espacios Amigables, sólo debe registrarse en la fila "Espacios Amigables en APS", independiente del lugar donde se realicen.

Sección B.4: Talleres grupales según temática y número de participantes en Programa Espacios Amigables.

Definiciones conceptuales:

Actividad formativa de modalidad grupal, con 8 a 12 participantes, en grupos de adolescentes de 10 a 19 años.

Cada taller considera módulos abiertos o cerrados, con el propósito de desarrollar habilidades o destrezas y/o potenciar factores protectores/resilientes, que favorezcan el crecimiento y desarrollo saludable de adolescentes y jóvenes.

Estas acciones deben considerar género, pertinencia cultural y marco valórico:

- Actividad física: Actividad grupal para la estimulación y fomento de la actividad física, la vida al aire libre, como factor protector de la salud, con público mayor de 20 personas como beneficiarios directos.
- Alimentación: Actividad grupal para potenciar una alimentación saludable y el conocimiento de la Ley de etiquetado nutricional.
- Salud mental: Actividad grupal orientada a educar e informar para evitar la aparición de un problema de salud mediante la vigilancia de los factores de riesgo o condicionantes, por ejemplo, para la prevención del consumo de alcohol y drogas, prevención de la conducta suicida, etc. Los talleres deben estar enfocados en el contexto de la prevención selectiva o indicada con grupos de riesgo específicos
- Salud sexual y prevención de VIH/SIDA e ITS: Corresponden a actividad grupal para la promoción de la Salud Sexual integral y placentera, las conductas sexuales seguras, el fomento la prevención del VIH/ y las ITS.
- Otros Tipos de Talleres: Este ítem se utiliza para registrar talleres realizados en otros temas de autocuidado, prevención consumo tabaco, prevención de violencia en el pololeo, violencia escolar, bullying, cyberbullying, realizados por Programa Espacios Amigables para Adolescentes.

Definiciones operacionales:

Se registra espacio de acción en que se realizó (espacio comunitario, establecimientos educacionales o establecimiento de salud) tipo de talleres grupales realizados, el número de participantes por taller y el total de participantes.

Regla de Consistencia:

R.1: Esta sección no requiere regla de consistencia

Sección C: Trabajo con agrupaciones de usuarios, comunidad y derechos humanos (PRAIS)

Definiciones conceptuales:

Actividad conjunta proactiva entre el equipo especializado y las agrupaciones de usuarios y DDHH en forma de reuniones, talleres y asesorías, con el propósito de generar relaciones de colaboración en las temáticas de DDHH.

Definiciones operacionales:

Se registran las actividades desarrolladas en la fila de la estrategia de promoción correspondiente, según la condicionante abordada y el número de participantes.

Para la totalidad de las actividades independiente si participan dos o más profesionales, se debe registrar como una sola actividad, ya que el grupo es el mismo y la actividad se desarrolla en un tiempo estadístico.

Reglas de consistencia:

R.1: No corresponde sumar las condicionantes abordadas y los determinantes sociales, ya que son actividades distintas.

R.2: Los registros de esta sección, deben estar contenidos en la sección B1.

Sección D: Trabajo intersectorial PRAIS.

Definiciones conceptuales:

Trabajo que contempla un conjunto de actividades interactivas con las instituciones públicas y privadas, para favorecer estrategias que respondan a las necesidades de reparación de los usuarios, las cuales pueden ser realizadas por uno o más integrantes del equipo PRAIS y se registran según el trabajo particular que se realiza.

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

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

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

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

Definiciones operacionales:

Se deben registrar el total de participantes, el número de reuniones/sesiones y el número de instituciones/ organizaciones participantes, según las actividades realizadas.

Reglas de consistencia:

R.1: Los registros de esta sección, deben estar contenidos en la sección C1 del REM A06.

REM A19b: ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

La Ley N.º 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública, institucionaliza la participación ciudadana en el país, cuya misión establecida por ley es, fomentar la participación ciudadana para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre el gobierno y la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas.

SECCIONES DEL REM-A.19b

- **Sección A:** Atención oficinas de informaciones (Sistema Integral de Atención a Usuarios).
- **Sección B:** Actividades por estrategia/línea de acción o espacio/instancia de participación social.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A19b

Sección A: Atención oficinas de informaciones (Sistema Integral de atención a usuarios)

Definiciones conceptuales:

La Ley Nº19.880 de base de procedimientos administrativos y Ley 20.584 de derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, regulan los procedimientos vinculados con la gestión de solicitudes ciudadanas. Estas se capturan en distintos canales de contacto con la ciudadanía y el sector salud. De acuerdo con la Ley, se rigen por manuales de procedimientos y protocolos de atención que cautelan tanto la transparencia como la calidad de las respuestas.

Las Oficinas de información, reclamos y sugerencias (OIRS), son espacios de atención y participación ciudadana en los servicios públicos que facilita el acceso de la población a la información, entrega atención oportuna, clara, transparente y de calidad a todas las personas sin discriminación, permite establecer coordinación con otras reparticiones públicas y recibe y gestiona todas las solicitudes ciudadanas, constituyéndose en un espacio de participación.

Las OIRS realizan actividades como atención de público, gestión de solicitudes ciudadanas, análisis de la información registrada para la mejora continua, entre otros.

Las solicitudes ciudadanas pueden estar orientadas:

1. Reclamo: Es aquella solicitud en donde el ciudadano exige, reivindica o demanda una solución a una situación en que considera se ha vulnerado sus derechos ciudadanos en salud. Para cada una de las acciones vinculadas a los reclamos, se propone una sub clasificación en distintas subcategorías, que faciliten el análisis y las definiciones de estrategias de mejora en los principales focos críticos identificados, permitiendo discriminar las áreas de satisfacción e insatisfacción usuaria.

A continuación, se presenta el desglose de las categorías de clasificación de los reclamos:

a) Trato: Se clasifican en esta categoría todas aquellas opiniones de usuarios/as que se refieran a la actitud de los funcionarios/as para brindar o mantener un trato amable, digno y respetuoso, en todo momento y en toda circunstancia. Las subcategorías de los reclamos por trato son las siguientes:

- Trato amable, digno y respetuoso*:*

  Acogida: Relacionada con la empatía, reflejada en el saludo, mirar al usuario/a al dirigirse a él/ella, reconocer a las personas como tales, mantener una escucha activa, entender las emociones del usuario/a, dar apoyo emocional (ej. Frente al dolor), disposición e interés del personal a la atención, brindar confianza, cercanía y ayuda.

Lenguaje adecuado e inteligible: Refiere a la entrega de información utilizando un lenguaje claro, comprensible para cualquier persona, evitando palabras o gestos que pueden ser percibidos como ofensivos por el/la usuario/a. Es importante, además, velar porque las personas que no tengan dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial puedan recibir la información necesaria y comprensible.

Cortesía y amabilidad: Se refiere a proporcionar a las personas, un trato cortés y amable, evitando responder de malos modos, insultos y/o agresiones verbales, ignorar a la persona, gestos y/o actitudes que reflejan falta de disposición del personal. Se trata de asegurar que la atención se brinde sin distinción ni discriminación de ningún tipo.

Ser llamado/tratado por su nombre: Identificarse mutuamente, el/a usuario/a debe ser tratado/a de usted y por su nombre, nunca ser tuteado/a.

Identificación de los funcionarios: Los funcionarios deberán portar credencial, y responder ante la solicitud de su nombre y cargo. No podrán negarse a dar el nombre.

Atención y cuidados: Refiere a la forma en que se hacen los cuidados en cuanto a frecuencia, higiene y aseo, entre otros; compromiso/responsabilidad de los miembros del equipo de salud; atención oportuna frente a las necesidades del paciente. Posibilidad de ser atendido/a cuando se requiere. Ayuda, apoyo físico y respuesta a las necesidades de las personas y sobre todo de personas no autovalentes.

Supervisión de la atención de alumnos: Las personas podrán autorizar ser atendidas por alumnos en establecimientos docente – asistenciales. La atención de alumnos deberá ser supervisada por un docente.

- Contacto físico/maltrato físico: Refiere al contacto físico entre el/la funcionario/a y el/la usuario/a; portazos en la cara; empujones; golpes de puño; golpes de pies, maltrato físico.
- Entrega de información: Se refiere a la forma o modo en que se entrega respuesta a las consultas de los/as usuarios/as. Evitar responder de forma vaga, poco clara o con información incompleta. Como también no disponer del tiempo para poder aclarar dudas o consultas; cerciorarse que el paciente y/o acompañante ha comprendido la información entregada.
- Comunicación: Relación que se establece como bidireccional entre usuario/a y funcionario/a; mostrar interés en el planteamiento del usuario/a, paciente o familiar asumiendo en representación de la institución, que la opinión del usuario sea respetada y considerada. Considerar al paciente como una persona que entiende y pregunta. Que se generen espacios para preguntar y participar en todo el proceso.
- Asistencia religiosa y acompañamiento espiritual: Compañía de familiares y/o personas significativas: Se trata de facilitar el acompañamiento de familiares y/o personas significativas durante el proceso de atención. Deberá evitarse el aumento de tiempos de retraso en la visita hospitalaria y/o suspensión injustificada de visitas hospitalarias.
- Asistencia espiritual: De acuerdo con la ley de culto y ley de derechos y deberes de las personas en salud, debe asegurarse la asistencia espiritual y/o asistencia religiosa a las personas durante el proceso de atención, además de proteger el derecho a negarse a recibir dicha asistencia.

- Privacidad de la atención y confidencialidad:

  Privacidad: La infraestructura debe ser adecuada para asegurar la privacidad del paciente (en baños, uso de biombos, atención en pasillo, puerta del box cerrada, entre otros). Asegurar la protección de la vida privada y la honra del paciente. No pueden tomar fotografías o grabar sin la autorización del paciente. Velar por el respeto a la privacidad e intimidad durante la atención.

  Confidencialidad: Asegurar que la información proporcionada por el paciente será protegida, resguardando los datos del paciente, los que sólo podrán ser utilizados por el equipo de salud responsable de la atención directa y con fines de diagnóstico, atención y tratamiento.

- Rechazo de atención por consulta: Falta de disposición de los equipos de salud para brindar atención/consulta sin discriminación y resguardando el derecho al acceso de la atención (urgencia, consultas médicas, farmacia, laboratorio, imagenología, entre otros).
- Rechazo de atención por procedimiento: No realización de procedimientos clínicos sin previo aviso al usuario/a o falta de gestión para que esta prestación se realice.
- Rechazo de atención por intervención quirúrgica: Postergación de una intervención quirúrgica sin previo aviso al usuario/a o falta de gestión para que esta prestación se realice.
- Decisión frente a procedimientos, exámenes y tratamientos
- Hospitalización involuntaria
- Funcionamiento Comité de Ética
- Ley de No Discriminación
- Ley de Urgencia
- Ley de Enfermedades Catastróficas
- Otro

b) Competencia Técnica: Se clasificarán dentro de esta categoría todas aquellas opiniones de usuarios/as relacionadas con los procedimientos técnicos o decisiones adoptadas por cualquier integrante del equipo de salud en relación con la patología consultada o en tratamiento.

Es importante señalar que esto no implica un juicio o auditoria del actuar del equipo de salud, aunque sí en determinadas situaciones puede dar origen a ella, sino que se está aceptando que desde el punto de vista del usuario/a paciente o su familia, con la información que dispone y según su propia percepción, puede estar disconforme con las acciones emprendidas por el equipo de salud. Se refiere a los siguientes aspectos de la atención.

Las subcategorías de los reclamos por competencia técnica son las siguientes:

- Diagnóstico: Procedimiento realizado por algún integrante del equipo de salud, ya sea para establecer diagnósticos (toma de muestra, imagenología, observación clínica, entre otros) que haya causado desconfianza, molestia o malestar, incomodidad, evento adverso evitables.
- Tratamiento: Tratamientos erróneos. Seguimiento del tratamiento.
- Derivaciones e interconsulta: Derivación a otros profesionales, integrantes del equipo de salud o derivación a otras instituciones de salud, que no fueron anticipadamente informadas o acordadas con las personas atendidas y/o familiares responsables de su cuidado.

- Licencia médica
- Medicamentos: Entrega o administración de fármacos erróneos, no entrega del medicamento indicado, entre otros.
- Presunta negligencia médica
- Evento adverso: Se relaciona con un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece: caídas durante la atención u hospitalización, problemas de anestesia, reacción a medicamentos o procedimientos, error en cirugía, cuerpo extraño olvidado, infección intrahospitalaria, entre otros.
- Otro

c) Infraestructura: Se consideran en este rubro todos aquellos reclamos que realicen los/as usuarios/as referentes a las condiciones estructurales y del ambiente del establecimiento de salud.

Las subcategorías de los reclamos por infraestructura son las siguientes:

- Baños públicos: Mantención, aseo y ornato, funcionamiento, calefacción, ventilación, insumos (jabón, papel higiénico, gel desinfectante u otro).
- Ventilación: Adecuada en relación a temperatura ambiente y espacio disponible en boxes de atención, pasillos y salas de espera.
- Calefacción: Adecuada en relación a temperatura ambiente y espacio disponible en boxes de atención, pasillos y salas de espera.
- Salidas de emergencia
- Condición de salas de espera: Mantención, calefacción, ventilación, mobiliario disponible, comodidad y espacio adecuado para la espera.
- Vías de accesos: Escaleras, rampas, puertas, estacionamiento, entre otros. Sillas de ruedas disponibles.
- Condición de equipos: Equipos funcionando de acuerdo a requerimientos y necesidades de la atención, diagnósticos y tratamientos.
- Aseo y ornato del lugar de atención y salas de espera: Mantención adecuada de la limpieza en box de atención, salas de hospitalización, pabellones, salas de procedimientos, sala de espera, entre otros.
- Condiciones higiénicas y estéticas de patios y jardines: Mantención adecuada de la limpieza, aseo, ornato del entorno del establecimiento.

- Comodidad y seguridad de camas, cunas y camillas de traslado: Condiciones adecuadas para la atención, hospitalización, traslado de personas, atendiendo a necesidades especiales (recién nacidos, niños/as, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, otros) que eviten eventos adversos.
- Condiciones para familiares y acompañantes: Disponibilidad de espacio y mobiliario para la espera y/o acompañamiento de personas hospitalizadas.
- Condiciones de seguridad: Condiciones de seguridad en accesos, contacto con el exterior (salidas de emergencia), pasillos, box de atención, salas de hospitalización, pabellones, salas de procedimientos, servicio de urgencia, entre otros, adecuadas para la hospitalización, observación, diagnóstico, recuperación y traslado de personas. Disponibilidad de espacio para la mantención y cuidado de pertenencias de los pacientes y/o familiares.
- Señalética: Adecuada para la orientación al interior y exterior del establecimiento.
- Ascensores: Ascensores funcionando adecuadamente para atender necesidades de desplazamiento de pacientes, acompañantes, familiares, personal del establecimiento, especialmente en personas adultas mayores y en situación de discapacidad.
- Otro

d) Tiempo de espera (en sala de espera): Se consideran en este ítem todo tipo de reclamos relacionadas con tiempos de espera en salas de espera subjetivamente evaluados por los/as usuarios/as.

Las subcategorías de los reclamos por tiempo de espera (en sala de espera) son las siguientes:

- Atención de urgencia
- Exámenes y procedimientos
- Atención médica
- Farmacia
- Otro

e) Tiempo de espera, por consulta especialidad (por lista de espera): Se consideran en este ítem todo reclamo relacionado con tiempos de espera para una consulta por especialista.

Las subcategorías de los reclamos por consulta especialidad (por lista de espera) son las siguientes:

- Consulta médica
- Otro

f) Tiempo de Espera por Procedimiento (Lista de Espera): Se consideran en este ítem todo reclamo relacionado con tiempos de espera para procedimiento.

Las subcategorías de los reclamos por procedimiento (lista de espera) son las siguientes:

- Exámenes
- Procedimientos
- Otro

g) Tiempo de Espera por cirugía (Lista de Espera): Se consideran en este ítem todo reclamo relacionado con tiempos de espera para una intervención quirúrgica.

Las subcategorías de los reclamos por cirugía (por lista de espera) son las siguientes:

- Evaluación y exámenes preoperatorios
- Intervención quirúrgica
- Otro

h) Información: Se considera en este rubro aquellas opiniones relacionadas con la transmisión de información y acciones comunicacionales del equipo de salud con los/as usuarios/as, tanto respecto a los contenidos como a la forma utilizada en la entrega de la información.

Las subcategorías de los reclamos por información son las siguientes:

- Estado de salud: Diagnóstico, pronóstico, tratamientos, exámenes que se realizaran, riesgos involucrados, hospitalización, indicaciones al alta, entre otros. Explicación detallada y completa de los procedimientos y tratamientos que le realizaran al paciente. Información durante todo el proceso de atención.
- Información institucional: Acerca de prestaciones, cartera de servicios, precios, costos, plazos y formas de pago, funcionamiento de la institución, entre otros.
- Consentimiento informado: Ser informado oportunamente, con el tiempo óptimo y en un lugar adecuado. Explicación y chequeo de entendimiento del consentimiento informado. Documento de consentimiento informado con todos los campos completados.
- Acceso a ficha clínica: Entrega de información a personas atendidas o a familiares directos que cuenten con autorización para requerir datos de la ficha clínica de acuerdo a normativa vigente y lo establecido por la ley de derechos y deberes
- Informe médico
- Acceso a médico tratante
- Otro

i) Procedimientos administrativos: Se clasificarán dentro de esta categoría, todos los reclamos de los usuarios relacionados con procesos, procedimientos o funcionamiento administrativo del establecimiento.

Las subcategorías de los reclamos por procedimientos administrativos son las siguientes

- Procesos de admisión y recaudación
- Procedimientos o trámites durante la estadía

- Funcionamiento del establecimiento con relación a horarios de atención
- Procedimientos administrativos al egreso
- Procedimientos de referencia y/o derivación
- Ficha extraviada o perdida
- Copia de ficha clínica
- Inasistencia de funcionario(a)
- Traslado de pacientes
- Atención domiciliaria
- Licencia médica
- Suspensión de atención
- Suspensión cirugía programada
- Inexistencia medicamento(s) programas crónicos
- Inexistencia medicamento(s) salud mental
- Despacho medicamento(s)
- Acceso a recursos y beneficios: Incluye Estipendio Programa Dependencia Severa, entrega de leche o alimentos, entrega de ayudas técnicas, beneficios Chile Crece Contigo, entre otros.
- Otro

j) Probidad administrativa: Se entenderá por Probidad Administrativa el actuar honradamente en el cumplimiento de las actividades funcionarias, principio que puede deteriorarse o dañarse por acciones deshonestas. Se clasificarán dentro de esta categoría todos aquellos reclamos relacionados con los procedimientos o decisiones adoptadas por cualquier integrante del equipo de salud con relación a la dignidad en el desempeño de su cargo.

Es importante destacar que al clasificar un reclamo en esta categoría sólo se está aceptando que desde el punto de vista del usuario, con la información que posee y desde su propia percepción, está disconforme con la actitud, procedimiento o acción que ha efectuado ese o esa funcionario/a. Esto no implica un juicio o auditoria del actuar del funcionario, aunque sí puede dar origen a ella.

Las subcategorías de los reclamos por probidad administrativa son las siguientes**:**

- Cumplimiento de funciones
- Uso de recursos públicos
- Uso de poder
- Uso de influencia
- Uso de información entregada por usuario/a

- Cobros
- Otro

k) Incumplimiento Garantías Explícitas en Salud (GES): Se considera en esta categoría aquellos reclamos, en que según la información que tiene el usuario, no se han respetado las garantías a las que tiene derecho y que están establecidas en el reglamento de la Ley N° 19.966, sobre las garantías explícitas en salud.

   Las subcategorías de los reclamos por Incumplimiento garantías explicitas en salud (GES) son las siguientes:

   - Garantía de acceso
   - Garantía de oportunidad
   - Garantía de protección financiera
   - Garantía de calidad
   - Otro

l) Incumplimiento de Garantías Ley Ricarte Soto: La Ley N° 20.850, Ricarte Soto, crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo que posee cobertura universal. Otorga protección financiera a todos/as los/as usuarios/as de los sistemas previsionales de salud: FONASA, CAPREDENA, DIPRECA, ISAPRES, sin importar su situación socioeconómica.

   Asegura a los pacientes que sufren enfermedades de alto costo la posibilidad de contar con diagnósticos, tratamientos y los dispositivos médicos que requieran

   Los reclamos pueden estar asociados a cada una de estas etapas de la aplicación de la ley. Cuando ya está aprobada la administración y entrega de algún medicamento, puede estar asociado a incumplimiento de los plazos establecidos.

   Las subcategorías de los reclamos por Incumplimiento de garantías Ley Ricarte Soto son las siguientes:

   - Sospecha fundada: Se genera en el nivel de especialidad o subespecialidad relacionado con la patología a diagnosticar.
   - Solicitud de tratamiento: Se genera una vez realizado el diagnóstico, puede ser solicitado por prestadores institucionales o individuales.
   - Confirmación diagnóstica: Se realiza por un prestador público o privado aprobado por la Comisión Ministerial.
   - Confirmación de tratamiento: Se realiza en un Comité de Expertos Clínicos de un prestador aprobado, quien le indica al especialista solicitante que el medicamento ha sido aprobado o rechazado.
   - Indicación de tratamiento
   - Entrega de medicamento de alto costo
   - Seguimiento médico/clínico

- Otro

m) Incumplimiento de Garantías FOFAR: En 2014 comenzó a implementarse el Fondo de Farmacia (FOFAR), cuyo objetivo es entregar oportuna y gratuitamente los medicamentos para el tratamiento de hipertensión, diabetes, colesterol y triglicéridos altos.

El fondo de farmacia considera la entrega de medicamentos e insumos médicos para las siguientes patologías:

- Diabetes Mellitus tipo 2
- Hipertensión Arterial
- Dislipidemia (colesterol alto)
- Insumos para el manejo avanzado de heridas de Pie Diabético

El FOFAR beneficia a pacientes mayores de 15 años que se atienden en el sistema público. Además de la entrega de medicamentos, el fondo de farmacia incluye otras estrategias complementarias como el apoyo a los pacientes recordándoles sus citas médicas y la toma de medicamentos a través de mensajes de texto.

En caso de que un medicamento no esté disponible, el paciente o familiar puede hacer su reclamo y en 24 horas hábiles le entregarán su medicamento. En caso de que un medicamento no esté disponible, existen las siguientes maneras para presentar un reclamo: las solicitudes ciudadanas pueden estar orientadas, además a pedir información, realizar sugerencias o felicitaciones.

Se entenderá, por consiguiente, un reclamo por problemas con el FOFAR cuando no esté disponible el medicamento requerido por la persona atendida o no sea entregado dentro de los plazos establecidos

Las subcategorías de los reclamos por Incumplimiento garantías FOFAR son las siguientes:

- Disponibilidad de medicamento en farmacia
- Entrega de medicamento en domicilio
- Otro

2. Consulta: Corresponde a demandas de orientación e información sobre derechos y beneficios, trámites, puntos de acceso, etc. Pueden resolverse en forma inmediata en la propia OIRS. (Respecto de los puntos de acceso (baño, salida, box, etc.) no se considerará válida para registro estadístico)
3. Sugerencia: Es aquella proposición, idea o iniciativa, que ofrece o presenta un ciudadano para incidir o mejorar un proceso cuyo objeto está relacionado con la prestación de un servicio. Es importante difundirla a los directivos para ser considerada en la toma de decisiones sobre modificaciones técnicas y administrativas orientadas a mejorar la calidad de los servicios y la satisfacción usuaria.
4. Felicitaciones: Manifestación concreta de agradecimiento o felicitación a un funcionario o equipo de funcionarios de una Institución por la calidad del servicio prestado. Al igual que las sugerencias, es importante sea de conocimiento de los directivos, equipos y funcionarios involucrados.

5. Solicitudes: Solicitudes específicas de ayuda o asistencia concreta que permita solucionar un problema de necesidad o carencia puntual. Requiere una gestión específica del funcionario/a de la OIRS y eventualmente en coordinación con otra Unidad o Servicio.
6. Solicitudes Ley 20.285 (Ley de Transparencia): Solicitudes específicas sobre transparencia y acceso a la información pública de la institución, basados en los principios promulgado por esta ley (transparencia de la función pública, derecho de acceso a la información de los órganos de la Administración del Estado, procedimientos para el ejercicio del derecho y para su amparo, excepciones a la publicidad de la información).

Definiciones operacionales:

Se debe registrar en número de "atenciones en el mes" los reclamos, según tipo, consultas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes diferenciadas por sexo de la persona que lo plantea.

Se debe registrar el número de "respuestas del mes entregadas dentro de los plazos legales (15 días hábiles)" de reclamos generados en el mes y reclamos generados en el mes anterior.

Se debe registrar el número de "reclamos respondidos fuera de los plazos legales", (superior a 15 días), en el mes informado.

Se debe registrar el número de "reclamos pendientes" de respuestas pendientes dentro del plazo legal y respuestas pendientes fuera del plazo legal.

En "reclamos pendientes, respuestas pendientes dentro del plazo legal", se registra el número de reclamos según tipo, que son recepcionados en el establecimiento durante el mes, pero quedan pendientes para su resolución al mes próximo, por encontrarse dentro del plazo legal estipulado (15 días hábiles).

Ej. Un reclamo por trato recepcionado el día 25 de febrero, tiene plazo para ser respondido con solución hasta el 18 de marzo. Este reclamo quedará registrado en las estadísticas del mes de febrero como "reclamo pendiente dentro del plazo" y en las estadísticas del mes de marzo de ser respondido se registrará como "respuesta del mes dentro de los plazos legales, reclamos generados en el mes anterior".

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B: Actividades por estrategia/línea de acción o espacio/instancia de Participación Social

Definiciones conceptuales:

La declaración internacional sobre derechos humanos, en su artículo 25, reconoce y protege el derecho y la oportunidad de todos los ciudadanos a participar en la dirección de los asuntos públicos.

La política de participación social en salud se sustenta en los avances propios de la instalación de la reforma de la salud del año 2005 que a través de diferentes cuerpos legales consagra un sistema de garantías en salud y el derecho a participar e incidir en decisiones respecto de la salud a través de mecanismos e instancias formales creadas para dicho fin en los distintos niveles decisionales del sistema de salud.

Es a la vez un derecho humano y una determinante social en salud. Es también una estrategia política que fortalece una relación horizontal entre la ciudadanía y los equipos de salud, mejorando la gestión pública a partir de las capacidades que la propia ciudadanía posee y puede llegar a poseer.

La participación ciudadana en salud se define como "la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos" (MINSAL, 2014)

La relevancia de la participación en salud dice relación a su vez, con la necesidad de otorgar pertinencia y eficacia a las acciones en favor de la salud, especialmente en el enfrentamiento de aquellas diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables, sino que, además, se consideran incorrectas e injustas" (Whitehead, 1990).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), sostiene que el derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.

Estos principios están refrendados por la reforma sanitaria a través de la aplicación de cuerpos legales y normativas vigentes como la Ley AUGE y la Ley de Derechos y Deberes de las personas en salud, ambas, actualmente en aplicación tanto para la población usuaria de la red pública como privada de salud.

Constituye, por tanto, una responsabilidad de Estado el garantizar y proteger estos derechos, así como el facilitar el ejercicio del control ciudadano en su defensa y protección.

A través de la Ley 20.500: "El estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones" y para dar cumplimiento a este mandato el Ministerio de Salud, ha aprobado la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud.

La mencionada Norma General establece como mecanismos básicos:

- Acceso a información relevante
- Cuenta pública participativa
- Consultas ciudadanas
- Consejo de la sociedad civil

La participación social y el ejercicio de la ciudadana activa en salud, constituye una herramienta que permite mejorar los procesos de atención y la calidad de los servicios, como también, otorgar mayor pertinencia y eficacia a las políticas de salud. Contribuye, por tanto, al logro de los objetivos sanitarios y a la mejora los resultados en salud.

Desde el sector salud la participación se considera un medio para el desarrollo de las personas como sujetos comprometidos con el cuidado de su salud y con el fortalecimiento del sistema público de salud. Busca también la creación de comunidades con capacidad de interlocución que actúen solidariamente y ejerzan un control social sobre el Sistema de Salud en su conjunto.

Apunta a lograr la disminución de las brechas de equidad tanto en el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de la atención como en el acceso a los medios necesarios para asegurar mejores condiciones de vida y de salud.

Para cumplir con estos objetivos, se desarrollan estrategias contenidas en la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud como:

a) Consultas ciudadanas: Los órganos del sistema podrán desarrollar consultas ciudadanas en relación a temas emergentes, modificaciones legales, incorporación de nuevas tecnologías, modificaciones en cuerpos normativos, y en general, decisiones que afectan a la población.

Se espera que estos espacios tiendan a generar relaciones de carácter vinculante de manera de asegurar la capacidad de incidencia en la toma de decisiones por parte de la población. Podrá utilizarse distintas modalidades de consulta ya sean presenciales o virtuales. A su vez, podrán realizarse consultas de carácter general y específico especialmente en temas que afectan directamente a la salud de las personas tanto a nivel nacional o local.

Las actividades desarrolladas por los equipos de salud están orientadas a la preparación de la consulta, convocatoria, análisis y sistematización de los resultados de la consulta, devolución y difusión de los resultados.

b) Consejos Consultivos, Consejos de Desarrollo, Comités Locales de Salud, Consejos de la Sociedad Civil (Ley 20.500): A partir de 1995, se inicia la creación de instancias de participación denominadas genéricamente Consejos de Desarrollo en los hospitales, como instancias asesoras de la dirección de los establecimientos en aspectos vinculados con la gestión y que desarrollan funciones de tipo informativo, propositivo, promotor, consultivo, evaluativo y decisorio.

c) Consejos consultivos de adolescentes y jóvenes**:** Resolución exenta N°65-2010 del Ministerio de Salud, corresponde a una instancia de participación juvenil, representada por adolescentes y jóvenes, entre los 10 y 24 años. Su principal objetivo es "asesorar a las autoridades en las decisiones en torno a políticas y servicios públicos de salud para este grupo, de manera de contar con la opinión directa de las personas a las que estas van dirigidas". Su funcionamiento es organizado y sistemático, instalando el dialogo directo entre usuarios y autoridades de salud.

Estas instancias de participación también han tenido otras denominaciones en el nivel local, como, por ejemplo; consejos consultivos, comités de salud comunal, comités locales. Todos se caracterizan por estar integrados por representantes del personal de salud (gremios y estamentos) y comunidad (juntas de vecinos, organizaciones funcionales, organizaciones comunitarias de salud, voluntariados, organizaciones de trabajadores, ONG, iglesias, instituciones públicas y privadas, comercio u otras con asentamiento local).

La transición hacia hospitales autogestionados en el marco de la implementación de la reforma sectorial y de la diferenciación de funciones entre el gestor de red y la autoridad sanitaria dieron un nuevo impulso a la creación de instancias asesoras a las direcciones de los establecimientos de salud y consultivas a nivel de los servicios de salud y seremi a lo largo del país.

Otras instancias de participación juvenil: falta definición Centro de Alumnos y otras Organizaciones estudiantiles, centros comunitarios, centros SENAME y Mejor Niñez, mesas intersectoriales, Consejo de Desarrollo Local (CDL), colectivos, Fundación/ONG, Voluntariado, Partido Político, Clubes deportivos, Organización Autogestionada, Organización medioambiental, Iglesias o pastorales, Scout.

En este marco, las actividades desarrolladas por los equipos de salud están orientadas a:

- La preparación de condiciones para el proceso de conformación de la instancia de participación.
- La convocatoria a representantes de distintas agrupaciones de la sociedad civil, organizaciones de la comunidad, organizaciones funcionales y territoriales, agrupaciones de pacientes, entre otras
- El apoyo al funcionamiento de las instancias de participación
- La elaboración de planes de trabajo
- La ejecución y evaluación de los planes de trabajo diseñados

d) Mesas territoriales, Diálogos Ciudadanos, Mesas de Salud Intercultural, entre otras: Una modalidad de trabajo colaborativo puede expresarse en la conformación de comités y mesas territoriales con participación de representantes de la sociedad civil y actores relevantes en los diferentes ámbitos de diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud.

Esta modalidad de trabajo permite apoyar el logro de objetivos sanitarios, vinculando la mirada sectorial con las características particulares de los distintos territorios. Permite llegar a acuerdos y compromisos de trabajo conjunto en distintas áreas de interés común y pueden ser complementarias al desarrollo de otros mecanismos e instancias de participación social como los diálogos ciudadanos, consultas ciudadanas, presupuestos participativos, etc.

Los espacios de diálogo deben facilitar una actitud de escucha; la participación de los diferentes grupos de interés (incluyendo organizaciones sociales, veedurías ciudadanas, observatorios, entre otros); un ambiente de acogida y respeto por el otro; que el interés general prime sobre el particular; que las autoridades y equipos técnicos escuchen a los ciudadanos; superar la queja y el reclamo para la generación de propuestas y planes de mejoramiento de la gestión.

De utilidad también, para conocer las sugerencias y opiniones de los ciudadanos y sus organizaciones sobre la gestión; identificar e integrarse con la ciudadanía y grupos de interés; para que las entidades mejoren sus procesos con base en la retroalimentación de la ciudadanía y, para que la ciudadanía y las organizaciones sociales recuperen la confianza en la gestión pública

Las actividades desarrolladas por los equipos de salud están orientadas a la preparación del diálogo, convocatoria, análisis y sistematización de los acuerdos y su posterior devolución y difusión.

e) Cuentas Públicas Participativas:

Las Cuentas Públicas Participativas son mecanismos que vinculan a las autoridades de los órganos de la administración del estado con la ciudadanía.

De acuerdo con lo señalado en el artículo 72 de la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, se espera que se realice un evento público de presentación de la cuenta, puedan formularse observaciones, planteamientos o consultas. La autoridad del órgano respectivo deberá dar respuesta conforme a la norma mencionada anteriormente.

La rendición de cuentas públicas participativas tiene como fundamento la participación ciudadana en los asuntos públicos. De este modo, la participación somete al escrutinio y juicio ciudadano la gestión y evaluación de las políticas públicas. Contribuye a la legitimación de las políticas públicas por parte de la ciudadanía y promueve políticas públicas más acertadas, efectivas y eficaces

"Los órganos de la administración del estado, anualmente, darán cuenta pública participativa a la ciudadanía de la gestión de sus políticas, planes, programas, acciones y de su ejecución presupuestaria".

En la cuenta anual deberá incluirse al menos:

- Políticas, planes y programas.
- Presupuestos.
- Formas concretas de acceso a la información pública.
- Gestión pública participativa.
- Fortalecimiento de la sociedad civil.
- No discriminación y respeto a la diversidad.

En la rendición de cuentas, se espera que tanto los contenidos como el formato y medios que se utilizará para la entrega de información sean definidos en conjunto con la ciudadanía. No obstante, deberán considerarse los contenidos formales mínimos definidos en los acápites anteriores, así como precisarse el modo en que el aspecto informado ha funcionado en el período rendido y el modo en que se planifica implementar en el inmediatamente posterior.
Las actividades desarrolladas por los equipos de salud refieren a la preparación de la cuenta, presentación pública (ceremonia o publicación) y evaluación posterior a la presentación.

f) Presupuestos Participativos:

Los Presupuestos Participativos contienen en sí mismos, un proceso deliberativo en el que la ciudadanía decide sobre el uso de los recursos públicos. Es un proceso de participación directa de la ciudadanía que busca apoyar la asignación de recursos sectoriales hacia ofertas programáticas orientadas a resolver problemas de salud tanto en las áreas de prevención, promoción de la salud, mejoría de la calidad de los servicios y a la satisfacción usuaria, proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento que contribuyan a la satisfacción de necesidades y expectativas de la población.

Las actividades desarrolladas por los equipos de salud refieren a la capacitación interna y de la comunidad, estrategias e difusión, convocatoria masiva a través de distintos medios,

conformación de equipo de trabajo conjunto, apoyo a la elaboración de propuestas, presentación de propuestas, votación y mecanismos de selección de las propuestas, ejecución, seguimiento y monitoreo de la ejecución, evaluación.

g) Estrategias de Satisfacción Usuaria: Los sistemas de política pública se enfrentan cotidianamente a desafíos para resolver las crecientes demandas y necesidades de la población como de satisfacer las crecientes expectativas de usuarios y usuarias en relación con la provisión de servicios.

La satisfacción usuaria constituye un objetivo y también un resultado en la atención de salud. Desde esta perspectiva, en forma progresiva se ha convertido en una preocupación permanente de las instituciones tanto públicas como privadas, y en particular, de los equipos directivos como equipos multidisciplinarios a cargo de la gestión socio sanitaria

La Ley 20.584 de derechos y deberes de las personas en salud, regula la relación entre la población usuaria y los equipos de salud otorgando un marco para la definiciones de estrategias de satisfacción usuaria como Hospital Amigo, Espacios Amigables para jóvenes y adolescentes, facilitación intercultural, apoyo espiritual y asistencia religiosa, OIRS 24 horas, sistema de acogida y orientación en servicios de urgencia, sistemas de orientación a personas hospitalizadas y sus familias, acogida e inducción a nuevas familias inscritas en la APS, entre otros.

A su vez, se ha implementado diferentes sistemas de medición y evaluación de la satisfacción usuaria con el fin de diseñar e implementar planes de mejora en la provisión de servicios y organización de los sistemas de salud.

Las actividades desarrolladas por los equipos de salud en este ámbito están orientadas a la evaluación de la satisfacción usuaria, identificación de áreas críticas, diseño conjunto de planes de mejora, implementación de planes de mejora y estrategias de satisfacción usuaria.

h) Planificación Local Participativas:

Se refiere a un proceso de planificación con la participación de la comunidad y otros actores locales durante el cual se realiza diagnóstico participativo o autodiagnóstico de salud comunitaria, se prioriza en conjunto, problemas a intervenir, se definen objetivos de intervención, se identifican recursos disponibles y definen acciones de carácter general y específicas que se organizan en un cronograma de actividades, este proceso contempla evaluación de carácter participativo al menos en tres momentos; antes de empezar (evaluación ex ante), durante la ejecución del plan (ex duran o evaluación formativa); ex post (al final una etapa del proceso).

Las actividades desarrolladas por los equipos de salud están orientadas a realizar la convocatoria a la comunidad y otros actores locales relevantes, conformación de equipo de trabajo con la comunidad, organizar las actividades y diseñar la metodología de diagnóstico, realizar las actividades de diagnóstico y autodiagnóstico comunitarios (talleres, reuniones, discusiones grupales, entrevistas, entre otras) realizar ejercicios de priorización a través de talleres, jornadas, asambleas, cabildos, otros; diseñar participativamente le plan y coordinar actividades durante su ejecución y evaluación (reuniones de coordinación, mesas de trabajo, otras).

Clasificación de las Actividades:

a) Actividades de administración y/o gestión: Son todas aquellas actividades como registro de información, preparación de reuniones y actividades, revisión bibliográfica, reuniones de equipo, espacios de reflexión, coordinaciones telefónicas, revisión y respuesta de correos electrónicos, lectura de documentos, estudio de temas, entre otros.

b) Entrevista: Corresponde a una interacción donde se comparte información entre uno o más representantes del equipo de salud y representantes de la comunidad o de alguna institución con un objetivo previamente establecido (no incluye la atención directa a usuarios).

c) Reuniones de coordinación y trabajo en el intrasector: Se refiere a la instancia de intercambio de información, ideas y opiniones para el diseño, planificación, monitoreo y evaluación de diversas acciones y tareas conjuntas de los diversos actores del sector salud.

d) Reuniones de coordinación y trabajo intersectorial: Se refiere a la instancia de intercambio de ideas y opiniones y de coordinación a nivel local donde se interrelacionan los actores del equipo de salud, la comunidad organizada e instituciones estatales o privadas para potenciar su quehacer y desarrollar acciones conjuntas en pro de objetivos comunes.

e) Actividades de monitoreo: Corresponde a todas las acciones con fines de monitorear y evaluar la implementación de las diversas estrategias de participación, incluye además, el levantamiento de información, análisis de información, diseño de instrumentos.

f) Asesoría técnica: Se refiere tanto las acciones de capacitación, formación y entrega de orientaciones técnico - metodológicas que permiten desarrollar competencias y habilidades como las acciones de supervisión destinadas a acompañar y orientar los procesos de implementación de las estrategias de participación social, de acuerdo a lo planificado.

g) Jornadas de intercambio de experiencias: Son todas aquellas acciones que contribuyen al intercambio de experiencias de participación social que generan espacios de aprendizaje, reflexión y capacitación de las personas. Pueden ser Seminarios, Jornadas, Pasantía u otra.

h) Actividades de difusión y comunicación social: Es el conjunto de acciones que tienen como objetivo entregar información general o contenidos educativos específicos en forma masiva a través de distintos medios de comunicación escrita o audiovisual. Ej.: perifoneo, volanteo, plazas ciudadanas, otros.

i) Educación y capacitación comunitaria: Es una técnica formativa de carácter grupal y comunitario que tiene como objetivo el desarrollo de habilidades o destrezas que contribuyan a la promoción, prevención, recuperación de su salud, como también al desarrollo de capacidades para la participación activa en el diagnóstico, ejecución y evaluación de acciones e iniciativas de salud, protección de derechos y ejercicio de ciudadanía activa, mediante seminarios, talleres, capacitación.

j) Eventos masivos: Son aquellas actividades de carácter masivo con asistencia de usuarios representantes del nivel local tanto institucionales como de la sociedad civil para sensibilizar, difundir, comunicar, consultar, intercambiar información, realizar actividades de recreación social, culturales, deportivas u otras que apunten a mejorar la calidad de la atención y situación de salud de la población. A través de Asambleas, Cabildos, plazas ciudadanas, actividades culturales, deportivas o recreativas, caminatas, otras.

k) Actividades Pueblos Indígenas: Son todas aquellas actividades que realizan los profesionales y técnicos de los equipos de salud incluidos los facilitadores interculturales, que involucran a personas, familias, comunidades, grupos y/o asociaciones indígenas pertenecientes a los 9 pueblos indígenas reconocidos por la Ley Indígena Nº 19.253: Aymará, Quechua, Atacameño, Diaguita, Colla, Rapanui o Pascuense, Mapuche, Kawashkar o Alacalufe, y Yámana o Yagan.

l) Actividades de participación social por TENS: Los Técnicos en enfermería realizan ciertas actividades que tienen por fin incluir en la implementación y ejecución de estrategias para mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida.

Definiciones operacionales:

Debe ser registrada por los convocantes en calidad de organizadores.

Se deben registrar las actividades correspondientes a la preparación, convocatoria de las distintas agrupaciones, elaboración, ejecución y evaluación realizadas.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

REM A21: QUIRÓFANOS Y OTROS RECURSOS HOSPITALARIOS

Las entidades o Establecimientos de Salud de Atención Cerrada son instituciones asistenciales que otorgan prestaciones de salud en régimen continuado de atención (24 horas) y que deben contar con recursos organizados de infraestructura, equipamiento y personal necesario para su funcionamiento permanente.

SECCIONES DEL REM-A.21

- **Sección A:** Capacidad instalada y utilización de los quirófanos.
- **Sección B:** Procedimientos complejos ambulatorios.
- **Sección C:** Hospitalización domiciliaria.
- **Sección C.1:** Personas atendidas en el programa.
- **Sección C.2:** Visitas realizadas.
- **Sección C.3:** Cupos Disponibles en Unidad de Hospitalización Domiciliaria.
- **Sección C.4:** Asistencia ventilatoria y oxígeno en domicilio
- **Sección C.5:** Ingresos y egresos al Programa
- **Sección D:** Apoyo Psicosocial en Niños, Niñas y Adolescentes Hospitalizados.
- **Sección E**: Gestión de procesos de pacientes quirúrgicos con cirugía electiva.
- **Sección F:** Causas de suspensión de cirugías electivas.
- **Sección G**: Esterilizaciones Quirúrgicas.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A21

Sección A: Capacidad instalada y utilización de los quirófanos

Definiciones conceptuales:

- **Quirófanos:**

Se entiende por quirófano al espacio físico, de acceso restringido, con autorización sanitaria para su funcionamiento, que cuenta con instalaciones, equipamiento, instrumental y los elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes para realizar una intervención quirúrgica mayor en condiciones de asepsia y seguridad.

Se incluyen en este registro los quirófanos destinados a Cirugía Electivas, Gineco/Obstétrico, Urgencia, Obstétricos e Indiferenciados.

Quirófanos Cirugía Electiva y Gineco/Obstétrico: Corresponde a los quirófanos disponibles para la resolución de pacientes electivos y que deben estar disponibles a lo menos 8 horas.

Quirófanos urgencia: Se entiende por quirófanos de Urgencia aquellos destinados a resolver cirugías no electivas y que deben estar disponibles 24 horas.

Quirófanos Obstétrico: y los obstétricos para resolver intervenciones quirúrgicas propias de la especialidad de Obstetricia.

Quirófano Indiferenciado: Son aquellos se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia. Su uso preferentemente es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de lunes a viernes en horario de al menos 8 horas diarias.

En aquellos establecimientos de baja complejidad, que cuenten con dos o menos quirófanos y les permita hacer una mejor utilización de su capacidad instalada. Los establecimientos de alta complejidad no debieran destinar en su dotación quirófanos indiferenciados.

Horarios de funcionamiento de los quirófanos:

Se han definido los siguientes horarios para el registro de la actividad quirúrgica en quirófanos:

Horario hábil**:** Es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de lunes a viernes en horario comprendido de al menos 8 horas diarias (08:00 y las 17:00 hrs).

Horario inhábil de lunes a viernes: Es el horario posterior al término del horario hábil generalmente comienza a las 17 horas y termina a las 08:00 del día siguiente

Sábado, domingo y festivos: Se define como el total de horas utilizadas en los quirófanos en trabajo, durante los días sábado, domingo y festivos.

Números de quirófanos en dotación: Corresponde a la cantidad de quirófanos autorizados al establecimiento (informados por resolución y aprobados por el MINSAL), instalados y dispuestos para realizar cirugías y/o procedimientos y que funcionan regularmente.

El número de quirófanos en dotación no es modificable por fluctuaciones temporales, ni de infraestructura, ni por RRHH.

Promedio mensual de quirófanos habilitados: Corresponde al promedio mensual de quirófanos habilitados que se encuentran en condiciones de uso, esto es que cuenten con infraestructura y el equipamiento necesario para funcionar y que cumpla con la Norma Técnica Básica (NTB).

Promedio mensual de Quirófanos en trabajo: Corresponde al promedio mensual de quirófanos disponibles y habilitados para ser utilizados, que cumplen con las NTB y además cuenta con la dotación de recursos humanos necesarios para funcionar.

Total, de horas mensuales de Quirófanos habilitados (horario hábil): Corresponde a las horas mensuales de los quirófanos habilitados, que se encuentran en condiciones de funcionamiento en horario hábil.

Cada quirófano debe estar disponible a lo menos ocho horas diarias de lunes a viernes, descontado 45 min de colación respecto a las 44 horas contratadas semanales, es decir el total de horas habilitadas mensuales es de 8 horas por el total de días hábiles del período y por el número de quirófanos habilitados.

Total, de horas mensuales de Quirófanos en trabajo: Se refiere al total de horas mensuales disponibles de los quirófanos en trabajo; es decir que se encuentran en condiciones de uso. Considera los factores recurso humano, equipamiento y cambios estacionales.

Horas mensuales programadas de tabla quirúrgica de quirófanos en trabajo en horario hábil: Corresponde a las horas quirúrgicas que se proyectan ocupar según la disponibilidad de los quirófanos en trabajo. Se desagrega según programación para beneficiarios en modalidad institucional, modalidad libre elección y otros.

La información es proporcionada por el equipo de pabellones.

- **Cirugías Mayores**

Horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario hábil: Se define como el total de horas ocupadas o utilizadas en los quirófanos en trabajo, durante el horario hábil. Cada quirófano debe estar disponible a lo menos ocho horas diarias de lunes a viernes, descontado 45 min de colación respecto a las 44 horas contratadas semanales, es decir el total de horas habilitadas mensuales es de 8 horas por el total de días hábiles del período y por el número de quirófanos habilitados.

Horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo en horario inhábil de lunes a viernes: Corresponde a las horas mensuales de los quirófanos ocupados, que se encuentran en condiciones de funcionamiento en horario inhábil durante la semana.

Horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario sábado, domingo y festivo: Se define como el total de horas ocupadas en los quirófanos en trabajo, durante los días sábado, domingo y festivos.

- **Cirugías menores y procedimientos:**

Horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario hábil: Se define como el total de horas ocupadas o utilizadas en los quirófanos en trabajo, durante el horario hábil.

Cada quirófano debe estar disponible a lo menos ocho horas diarias de lunes a viernes, descontado 45 min de colación respecto a las 44 horas contratadas semanales, es decir el total de horas habilitadas mensuales es de 8 horas por el total de días hábiles del período y por el número de

Quirófanos en trabajo en horario inhábil de lunes a viernes**:** Corresponde a las horas mensuales de los quirófanos ocupados, que se encuentran en condiciones de funcionamiento en horario inhábil durante la semana.

Definiciones operacionales:

Promedio mensual de Quirófanos habilitados: Corresponde registrar la suma de quirófanos habilitados en el mes, dividido por el número de días hábiles para el caso de quirófanos electivos e indiferenciados y el total de los días del mes calendario para los quirófanos de urgencia y obstétrico.

Promedio mensual de Quirófanos en trabajo: Corresponde registrar la suma de quirófanos en trabajo en el mes, dividido por el número de días hábiles para el caso de quirófanos electivos e indiferenciados y el total de los días del mes calendario para los quirófanos de urgencia y obstétrico.

Total, de horas mensuales de quirófanos habilitados: Corresponde registrar el total de horas diarias disponibles, en horario hábil, mínimo 8 hrs. por día de los quirófanos habilitados para cirugía mayor electiva.

Total, de horas mensuales, disponibles de Quirófanos en trabajo: Corresponde registrar el total de horas, que pueden ser utilizadas en los quirófanos en trabajo, según definiciones.

Horas mensuales programadas de tabla quirúrgica de Quirófanos en trabajo: Corresponde registrar las horas quirúrgicas que se proyectan ocupar según la disponibilidad de los quirófanos en trabajo. Se desagrega según programación para beneficiarios en modalidad institucional, modalidad libre elección y otros. Esta información es proporcionada por el equipo de pabellón.

Horas mensuales ocupadas de Quirófanos en trabajo en horario hábil: Corresponde registrar el total de horas utilizadas en los quirófanos en trabajo. Ésta corresponde a las horas ocupadas por las intervenciones quirúrgicas más las horas de preparación. Las horas ocupadas se deben calcular en base a las horas reales consignadas en los registros de quirófanos, no realizar aproximaciones.

Esta información se desagrega según ocupación por beneficiarios en modalidad institucional, modalidad libre elección y otros. Esta información es proporcionada por el equipo del área de pabellones.

Horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario inhábil de lunes a viernes: Corresponde registrar el total de horas utilizadas en los quirófanos en trabajo en horario inhábil. Éstas corresponden a las horas ocupadas por las intervenciones quirúrgicas más las horas de preparación. Las horas ocupadas se deben calcular en base a las horas reales consignadas en los registros de quirófanos, no realizar aproximaciones.

Esta información se desagrega según ocupación por beneficiarios en modalidad institucional, modalidad libre elección y otros. Esta información es proporcionada por el equipo del área de pabellones.

Horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo los días: sábado, domingo y festivos: Corresponde registrar el total de horas utilizadas en los quirófanos en trabajo, los días sábado, domingo y festivos. Éstas corresponden a las horas ocupadas por las intervenciones quirúrgicas más las horas de preparación.

Las horas ocupadas se deben calcular en base a las horas reales consignadas en los registros de quirófanos, no realizar aproximaciones.

Total horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo Cirugía menor y otros procedimientos: Corresponde registrar el total de cirugías menores y otros procedimientos, realizados en los quirófanos, independiente del horario y día en que se realicen.

Esta información se desagrega según ocupación por beneficiarios en modalidad institucional, modalidad libre elección y otros. Esta información es proporcionada por el equipo de pabellón.

Horas de preparación: Se registra el número de horas ocupadas en la preparación del quirófano para una próxima cirugía (desinfección concurrente y terminal, limpieza de instrumental, etc.). Este registro es responsabilidad de la unidad de pabellón y deberá ser entregado a la unidad de estadística en el plazo establecido.

Regla de consistencia:

R.1: El promedio mensual de quirófanos en trabajo, debe ser menor o igual al promedio de quirófanos habilitados.

R.2: El promedio mensual de quirófanos habilitados, debe ser igual o menor al número de quirófanos en dotación.

R.3: El total de horas mensuales de quirófanos en trabajo, debe ser igual o menor al total de horas mensuales de quirófanos habilitados.

R.4: El total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario hábil, deben ser menor o igual al total de horas mensuales de quirófanos habilitados.

R.5: El total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario hábil + el total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario inhábil de lunes a viernes + el total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario sábado, domingo y festivo, deben ser mayor al total de horas mensuales de quirófanos habilitados.

R.6: Los totales de horas de preparación, deben ser menor al total de horas ocupadas en intervención quirúrgica por tipo de beneficiarios.

R.7: El total de horas mensuales programadas de tabla quirúrgica de quirófanos en trabajo, deben ser menor o igual al total de horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo horario hábil.

R.8: El total de horas ocupadas en cirugías menores y procedimientos deben estar contenidas en el total de horas de ocupación de cirugía mayor.

Sección B: Procedimientos Complejos Ambulatorios

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las instalaciones del establecimiento destinadas a tratamientos terapéuticos realizados a pacientes en forma ambulatoria, es decir que no utilizan camas de hospitalización (de dotación) en forma inmediata y la recuperación post operatoria del paciente debe ser menor a 24 horas, cuando corresponda.

Se incluyen en esta modalidad las unidades de quimioterapia, hemodiálisis, de cirugía mayor ambulatoria, angiografía coronaria (coronariografía), otras.

Recurso disponible: Se refiere al número de camas propiamente tal (no en dotación), divanes, sillones tipo Berger o camillas de observación asignado al establecimiento por la autoridad competente, instalados y dispuestos para realizar, en forma ambulatoria, el post operatorio, de procedimientos e intervenciones quirúrgicas, procedimientos terapéuticos complejos y que funcionan regularmente en períodos de actividad normal.

Ingresos: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a la atención de algún tratamiento o procedimiento ambulatorio complejo. Se considerarán también como ingreso a las personas, que luego del alta deben volver a realizarse algún tratamiento o procedimiento.

Personas atendidas: Se refiere al número de personas que son atendidas o que recibieron la atención especializada en las distintas unidades.

Días personas atendidas: Corresponde al número de días por persona que se atendieron en alguna unidad de procedimientos. Ej. En una Unidad de Hemodiálisis se atienden 3 personas por día durante 5 días de la semana, corresponde registrar por tanto 15 días/personas en esa semana, en un mes sería 15*4 = 60 días personas.

Altas: Corresponde al total de personas que dejan de atenderse o tratarse en las distintas unidades, ya sea por orden médica, traslados, fallecimiento o abandono de tratamiento.

Definiciones operacionales:

Se registran las actividades realizadas en las unidades especificadas, según componente de esta modalidad de atención.

Para el registro de la Cirugía Mayor Ambulatoria se debe utilizar las definiciones entregada para este tipo de actividad en el REM-BS.

Regla de consistencia:

R.1 El número de personas atendidas para la Cirugía Mayor Ambulatoria, debe ser igual o menor al número de cirugías mayores electivas ambulatorias informadas en el REM BS.

Sección C: Hospitalización Domiciliaria

Es la modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional en donde el usuario recibe los mismos cuidados que en el hospital, tanto en calidad como en cantidad y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el hospital.

Es de carácter integral y continuado, fomenta la participación y el autocuidado, depende de la atención especializada y es llevada a cabo por un equipo multidisciplinario de salud del hospital. Requiere de indicación; control médico, y el término de este proceso de atención estará definido por el alta médica del médico tratante del equipo de HD. Según lo indicado en Orientación Técnica, formalizada y difundida mediante Ordinario C/21 Nº 1183, del 29 de abril del 2021.

Se trata de problemas de salud de un nivel de complejidad que para su asistencia se requiere de recursos humanos y materiales especializados dependiente del hospital que se desplaza al lugar de residencia del paciente.

Sección C.1: Personas atendidas en el Programa

Definiciones conceptuales:

Ingresos: Número total de pacientes que ingresan al Programa de Hospitalización Domiciliaria en el período.

Personas atendidas: Se refiere a la sumatoria del total de pacientes que son atendidos bajo la modalidad de Hospitalización domiciliaria, Incluye los pacientes que se traspasaron del mes anterior y los ingresos del mes actual.

Días personas atendidas: Corresponde a la sumatoria de días totales de hospitalización por paciente durante el mes. Ej. 1 persona estuvo 3 días, 2 personas estuvieron 5 días, total de días persona= 3+10 = 13 días personas.

Altas: Corresponde al número de personas que completan el plan terapéutico indicado (alta clínica y administrativa), o bien alta disciplinaria, según lo señalado en la Orientación Técnica.

Fallecidos: Corresponde al número de personas que fallecen estando en la modalidad de Hospitalización Domiciliaria. Desagregado por aquellos esperados y no esperados.

Fallecido esperado: Corresponde al número de personas que fallecen estando en el Programa de Hospitalización Domiciliaria. Este paciente ingresa a Hospitalización domicilia con el objetivo de fallecer en su domicilio favoreciendo el vínculo con su entorno familiar.

Fallecido no esperado: Corresponde al número de personas que fallecen estando en el Programa de Hospitalización Domiciliaria. Este paciente ingresa a Hospitalización domicilia con el objetivo de dar cumplimiento al plan terapéutico que favorezca su recuperación, sin embargo, fallece de forma inesperada.

Reingreso urgente o no programado a hospitalización tradicional: Corresponde a la sumatoria de personas que por su condición de salud debe reingresar a una cama hospitalaria del establecimiento.

Definiciones operacionales:

Se registra los componentes establecidos por el programa, desglosados en, ingresos del mes, personas atendidas (Ingresos de pacientes en un mes más los pacientes que permanecen desde el mes anterior), días persona, altas, fallecidos y reingreso a hospitalización tradicional.

Este recurso no debe ser considerado como parte del establecimiento (dotación), por lo tanto, al alta del paciente de Hospitalización Domiciliaria no debe ser considerado como un egreso hospitalario.

Corresponde registrar, desagregado por edad (menores de 15 años, 15 a 19 años y de 20 y más) y por origen de la derivación:

- Atención Primaria en Salud (APS)
- Unidad de Emergencia Hospitalaria
- Áreas de hospitalización
- Ambulatorio (CDT, hospital de día)
- Ley de Urgencia (rescate de pacientes Ley de Urgencia
- Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) (rescate de pacientes derivados a través de la unidad de gestión centralizada de camas)

Regla de consistencia:

R.1: La sumatoria de las columnas "origen de la derivación", debe ser igual al total por grupo etario.

Sección C.2: Visitas Realizadas

Definiciones conceptuales:

Corresponde al número de visitas domiciliarias realizadas a pacientes en Hospitalización Domiciliaria realizada por médico, profesionales no médicos y técnico paramédico de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD).

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar al número total de visitas realizadas en domicilio bajo la modalidad asistencial de hospitalización domiciliaria, de acuerdo a los siguientes profesionales:

- Médico
- Enfermera
- Técnico Paramédico
- Matrona
- Kinesiólogo
- Psicólogo
- Fonoaudiólogo
- Trabajador Social
- Terapeuta Ocupacional

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.3: Cupos disponibles en Unidad de Hospitalización Domiciliaria

Definiciones conceptuales:

Cupos programados: Corresponde a la sumatoria mensual de los cupos totales diarios permanentemente dispuestos por la UHD en relación con las personas que pueden ser atendidas en su domicilio, conforme a sus necesidades y recursos de la unidad. Dicho de otro modo, es la capacidad instalada diaria que tiene una unidad, dependiendo de los recursos físicos y humanos con lo que cuenta. (No es homologable al número de visitas).

Cupos utilizados: Corresponde a la sumatoria mensual de los cupos diarios de UHD que fueron utilizados por pacientes durante el período.

Cupos disponibles: Corresponde a la sumatoria mensual de cupos diarios disponibles para ser otorgados por la UHD, según demanda.

Nº de cupos CAM INV Adicionales, Campaña de Invierno: Corresponde al número de cupos para Hospitalización domiciliaria que se implementan como estrategia de refuerzo en el periodo de Campaña de Invierno u otra estrategia de expansión.

Definiciones Operacionales:

Se registra los cupos programados o asignados que tiene la UHD del establecimiento.

Los cupos deben ser programados acorde a los recursos con los que cuenta la UHD: recurso humano, vehículos y zona geográfica a cubrir.

En los cupos utilizados corresponde registrar la permanencia de un paciente en un cupo de UHD del establecimiento, esto se considera desde el ingreso al alta.

Se registra los cupos que se encuentran disponibles, es decir, cupos que no han sido utilizados por pacientes a pesar de contar con todos los recursos para su utilización.

Reglas de consistencia:

R.1: Los cupos utilizados pueden ser igual o menor al número de cupos programados.

R.2: Los cupos disponibles deben ser menores al número de cupos programados. Corresponden a la diferencia entre lo programado y utilizado.

Sección C.4: Asistencia ventilatoria y oxígeno en domicilio

Definiciones conceptuales:

La estrategia de asistencia ventilatoria en domicilio corresponde al conjunto organizado de acciones de salud y soporte tecnológico entregados en domicilio a pacientes beneficiarios del sistema público de salud, incluidos en el programa institucional, que lo requieren y cumplen con criterios definidos para ello.

De acuerdo con la interfaz utilizada para la entrega de presión positiva, se diferencia en Invasiva y No invasiva.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar en esta sección, como personas activas, al número total de pacientes que se encuentran recibiendo las prestaciones y equipamiento asociados a la estrategia en el período, por lo tanto incluye a los pacientes en tratamiento durante el periodo anterior, a quienes se deben sumar los ingresos y restar egresos del período a informar.

Se debe registrar el dato desagregado por tramo de edad (de 0 a 9 años, 10 a 19 años y de 20 y más) y por Campaña de Invierno.

El registro se debe hacer a nivel de establecimiento.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.5 Ingresos y egresos al Programa

Definiciones conceptuales:

La estrategia de Oxigenoterapia Ambulatoria corresponde a la entrega de oxígeno suplementario en domicilio a pacientes con patologías respiratorias crónicas GES o No GES beneficiarios del sistema público de salud que lo requieran y cumplan con los criterios definidos para ello.

El ingreso a la estrategia se considera realizado cuando se instala el equipamiento correspondiente en el domicilio del paciente.

El egreso de un paciente se produce cuando el paciente está de alta médica o por fallecimiento. Considera también el retiro del equipamiento desde el domicilio del paciente.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar en esta sección, como personas activas, al número total de pacientes que se encuentran recibiendo el servicio de Oxigeno ambulatorio en el período, por lo tanto incluye a los pacientes en tratamiento durante el periodo anterior, a quienes se deben sumar los ingresos y restar egresos del período a informar.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Apoyo Psicosocial en niños, niñas y adolescentes hospitalizados

Definiciones conceptuales:

Total de egresos (en el periodo): Corresponde a los niños, niñas y adolescentes que egresaron del establecimiento por condición de alta o fallecimiento. No incluye los traslados a otra unidad funcional del mismo hospital.

Egresados con apoyo psicosocial - intervención psicosocial: Corresponde a los niños, niñas y adolescentes egresados que durante su estadía fueron atendidos por psicólogo (a), asistente social, terapeuta ocupacional u otro profesional, a fin de preservar su desarrollo integral durante la situación de stress que significa la hospitalización.

Egresados con apoyo psicosocial – estimulación del desarrollo: Corresponde a los niños, niñas y adolescentes egresados que durante su estadía fueron atendidos por distintos profesionales tales como educadora de párvulos, educadora diferencial, kinesiólogo/a, terapeutas ocupacionales u otro profesional y técnicos debidamente entrenado a fin de preservar su desarrollo integral durante la situación de stress que significa la hospitalización.

Además, corresponde a los niños, niñas y adolescentes que egresaron del establecimiento por condición de alta o fallecimiento que recibieron intervención psicosocial. No incluye los traslados a otra unidad funcional del mismo hospital.

Nº de atenciones - intervención psicosocial: Corresponde a las atenciones realizadas por distintos profesionales, tales como psicólogo (a), asistente social, terapeuta ocupacional, con énfasis en la evaluación psicológica, apoyo psicológico (intervención en crisis) a la familia y al niño, niña y adolescente hospitalizado, detección de variables de riesgo psicosocial, intervenciones psicosociales y actividades educativas a las madres, padres y/o cuidadores acerca de la condición de salud, cuidados médicos y de enfermería

Nº de atenciones - estimulación del desarrollo: Corresponde a las actividades de estimulación realizadas con los niños, niñas y adolescentes de acuerdo a su edad y patología por distintos profesionales, tales como, educadora de párvulos, educadora diferencial, kinesiólogo/a, terapeutas ocupacionales u otro profesional y técnicos debidamente entrenados que favorecen el desarrollo integral del niño(a) hospitalizado.

Definiciones operacionales:

Se registra el número total de egresos al que corresponde el mes de informe, de niños, niñas y adolescentes, según grupo de edad especificado en el REM, el número total de egresos de niños, niñas y adolescentes que recibieron apoyo psicosocial con intervención psicosocial, y el número total de egresos de niños, niñas y adolescentes que recibieron apoyo psicosocial con estimulación del desarrollo en el mes.

El número de atenciones de Intervención Psicosocial y atenciones de Estimulación del Desarrollo corresponderá al registro de las actividades entregadas en el mes a las personas hospitalizadas, independiente del profesional que las otorgo y NO necesariamente tendrán una concordancia con el número de egresos en el periodo.

El registro de egresos con apoyo psicosocial de hospitalizados que recibieron intervención psicosocial o que recibieron estimulación del desarrollo son excluyentes. En el caso de un hospitalizado que reciba ambas intervenciones prevalecerá para el registro el egreso con "intervención psicosocial", ya que la estimulación del desarrollo es parte de las acciones de una intervención psicosocial. Sin embargo, si un hospitalizado recibe sólo estimulación del desarrollo, y NO requiere de una intervención psicosocial, éste corresponderá registrarlo como un egreso con estimulación del desarrollo.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Gestión de procesos de pacientes quirúrgicos con cirugía electiva

Definiciones conceptuales:

Días de Estada Pre Quirúrgicos: Corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de la intervención quirúrgica. Se refiere a los días promedio de permanencia de las personas antes de ser intervenidos quirúrgicamente.

El objetivo es evaluar la utilización que se le da a la cama, con él se puede evaluar la prolongación innecesaria de los días de hospitalización, descoordinación entre los servicios administrativos, diagnósticos o terapéuticos y las Unidades Funcionales o Unidades de Hospitalización.

Pacientes intervenidos: Se refiere a todo paciente que ha sido sometido a una intervención quirúrgica mayor, ajustándose a la definición descrita en el REM BS, para este tipo de intervención.

Programación tabla quirúrgica: Es el proceso de asignación de tiempo y espacio en un quirófano a un paciente, para la realización de una intervención quirúrgica mayor. Su mejoramiento incide directamente en la eficiencia de las horas disponibles en el quirófano y por cierto disminuye el indicador de suspensión. Es clave para asegurar los recursos materiales y humanos que permitan sostener la tabla y así mismo garantizar la oportunidad y calidad de la atención de las personas priorizadas y preparadas.

Se entenderá como suspensiones todo evento en el cual la persona que estando en la tabla quirúrgica publicada, no es intervenida, independiente de la causa de suspensión (de la persona, quirófano, unidades de apoyo, equipos quirúrgicos).

El objetivo de este ítem es disminuir el número de intervenciones suspendidas por cada especialidad quirúrgica (de acuerdo a la cartera de servicios del establecimiento). Considerando que la meta de suspensiones es llegar al 7%. Los gestores de quirófano deberán en conjunto con los cirujanos y anestesistas, programar las intervenciones con el objeto de disminuir las suspensiones.

Paciente condicional: Todo paciente en tabla quirúrgica definitiva, que queda en condición de suplencia frente alguna suspensión de paciente de cirugía programada. Esto no significa, necesariamente, que vaya a ser intervenido quirúrgicamente el día citado.

Debe cumplir los siguientes criterios:

- Contar con el consentimiento del paciente o tutor legal.
- No incluir aquellos pacientes que se vean afectados por el ayuno, preparaciones especiales, enfermedades de salud mental, aspectos especiales (adulto mayor, ruralidad, dependiente de cuidados)
- No incluir pacientes de menos de 6 meses de edad
- No incluir pacientes que requieran cirugías prolongadas y/o complejas.

Consideraciones relevantes:

No se consideran como suspensiones los pacientes que son incorporados como condicionales a la tabla quirúrgica y posteriormente no son realizados.

Se debe contar con criterios de incorporación a tabla quirúrgica programada de pacientes condicionales que no fueron intervenidos, esto debe considerar dejar sólo por una vez al paciente en forma condicional, sino ha sido intervenido en esa oportunidad, se debe asurar su incorporación en la tabla quirúrgica en oportunidad próxima e informarle al paciente.

Definiciones operacionales:

Días de estada prequirúrgicos: Corresponde registrar el promedio de días pre quirúrgicos por especialidad y por rango etarios, independiente de la previsión y modalidad de atención (MAI, MLE y No beneficiarios). No se incluyen las cirugías ambulatorias en este registro, ya que no generan días de estada pre quirúrgicos y no hacen uso del recurso cama hospitalaria (dotación).

Pacientes Intervenidos**:** Corresponde registrar el número de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el mes del informe, según la especialidad por la que fue intervenido y por grupo etario.

Se registra el número total de cirugías programadas, en los diferentes horarios (hábil, inhábil y fines de semana) e independiente de la previsión y modalidad de atención (MAI, MLE y No Beneficiario). Se incluyen además las cirugías ambulatorias electivas.

Número de pacientes suspendidos: Corresponde registrar el número de pacientes suspendidos, definida como a toda persona que se encontraba programada en la tabla por especialidad y grupo etario.

Se deben registran todas las intervenciones quirúrgicas electivas, suspendidas, en los diferentes horarios (hábil, inhábil y fines de semana), independiente de la previsión y modalidad de atención institucional, libre elección y pacientes no beneficiarios FONASA.

En esta sección, las variables se registran en base a las diferentes especialidades del arancel FONASA y el registro es responsabilidad de la Unidad de Pabellón (la fuente de datos es la tabla quirúrgica) y debe ser entregado a la Unidad de Estadística en el plazo establecido.

Regla de consistencia:

R.1: El número de pacientes intervenidos debe ser igual o menor, al número de pacientes programados.

Sección F: Causa de suspensión de cirugías electivas

Definiciones conceptuales:

Se entenderá como suspensiones todo evento en el cual la persona que estando en la tabla quirúrgica publicada, no es intervenida, independiente de la causa de suspensión (de la persona, quirófano, unidades de apoyo, equipos quirúrgicos).

El objetivo de esta sección es reconocer las causas que generaron la suspensión de la intervención quirúrgica.

El registro es responsabilidad de la Unidad de Pabellón (la fuente de datos es la tabla quirúrgica) y debe ser entregado a la Unidad de Estadística en el plazo establecido.

Se establecen las siguientes causales de suspensión:

1) Atribuidas al paciente:

    - Patología aguda.
    - Descompensación en pabellón.
    - Paciente fallece.

2) Administrativas:

    - No se presenta / No se ubica.
    - Rechaza operación.
    - Patología crónica descompensada.
    - Falta de ayuno.
    - Sin suspensión de anticoagulante u otras drogas proscritas (excluidas).
    - Atraso en el ingreso.
    - Patología no informada, no conocida (alergia al látex).
    - Estudio incompleto.
    - Exámenes alterados no corregidos.
    - Falta de preparación de piel, intestinal, antibiótica u otra especifica.
    - Sin evaluación de especialista indicada.
    - Sin indicación quirúrgica.

- Anticipación de cirugía por agudización de patología.
- Error de programación.
- Reemplazado por urgencia.
- Sin cupo en recuperación.
- Falta disponibilidad de cama en Unidades de Paciente Critico.
- Documentación incompleta.
- Sin consentimiento informado firmado /ausencia de tutor legal consignado.

3) Unidades de apoyo clínico:

- Instrumental y/o material con falla de esterilización.
- Instrumental incompleto o no disponible.
- Equipamiento no operativo.
- Falta sangre o hemoderivados.
- Falta medicamentos/stock insuficiente.
- Falta de insumos/stock insuficiente.
- Falta de ropa quirúrgica/stock insuficiente.
- Falla coordinación con Unidad de Imagenología.
- Falla coordinación con Unidad Anatomía Patología (biopsia rápida).

4) Equipo Quirúrgico:

- Falta / disponibilidad de cirujano
- Falta / disponibilidad de técnico paramédico
- Falta / disponibilidad de anestesiólogo
- Falta / disponibilidad profesional no médico
- Prolongación de tabla

5) Infraestructura:

- • Falta de personal de aseo.
- • Falla energía eléctrica.
- • Falla de climatización.
- • Falla de red húmeda.
- • Falla ascensor.
- • Falla gases clínicos.

6) Emergencias:

- Desastres naturales: Terremotos, aluviones, tsunamis, inundaciones, erupciones volcánicas, etc.
- Destrucción repentina e irrecuperable de la infraestructura del hospital.
- Desastres de eventos deportivos.
- Accidentes múltiples.
- Incendios forestales.
- Incendios o amago de incendio.
- Inundaciones.
- Derrame de productos químicos.
- Aviso de bombas.
- Actos delictuales.
- Actos de marcada connotación pública.
- Emergencias sanitarias.

7) Gremiales:

- Paro o movilización de funcionarios.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar la causa que motivo la suspensión de la intervención quirúrgica.

Se desagregan las suspensiones por edad, beneficiarios en modalidad de atención MAI, MLE y otros.

Regla de consistencia:

R.1: El total pacientes suspendidos de esta sección, debe ser igual al número de pacientes suspendidos en la sección D.

Sección G: Esterilizaciones Quirúrgicas

Definiciones conceptuales:

Esterilización femenina: Corresponde a un procedimiento para una mujer para producir su esterilidad permanente.

Esterilización masculina: Corresponde a una cirugía que pone fin a la fertilidad masculina de forma permanente (vasectomía).

Esterilización TRANS Femenina/Masculina: Corresponde a una cirugía que pone fin a la fertilidad de una persona que se considera TRANS femenina o masculina.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de esterilizaciones tanto en mujeres, hombre y TRANS realizadas en el periodo, desagregadas por grupo de edad e independiente de la causa de ésta.

En las esterilizaciones femeninas se incluye también las realizadas durante una cesárea.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia

REM A23: SALA IRA-ERA Y MIXTAS EN APS

Objetivo General: Entregar atención oportuna, personalizada y de calidad a usuarios que cursan con infecciones respiratorias agudas y presentan enfermedades respiratorias crónicas, contribuyendo a disminuir complicaciones y mortalidad prematura, como también a la mejoría de la calidad de vida de éstas.

SECCIONES del REM-A23

- **Sección A:** Ingresos agudos según diagnóstico derivados a sala.
- **Sección B:** Ingreso crónico según diagnóstico (sólo médico).
- **Sección C:** Egresos.
- **Sección D:** Consultas de morbilidad por enfermedades respiratorias en salas IRA-ERA y Mixta.
- **Sección E**: Controles realizados (crónicos).
- **Sección F:** Seguimiento de atenciones realizadas en agudos.
- **Sección G:** Inasistentes a control de crónicos.
- **Sección H:** Inasistentes a citación agendada
- **Sección I:** Procedimientos realizados.
- **Sección J:** Derivación de pacientes según destino.
- **Sección K:** Recepción de pacientes según origen.
- **Sección L:** Hospitalización abreviada/Intervención en crisis respiratoria.
- **Sección M**: Educación en salas.
- **Sección M.1**: Educación individual en sala
- **Sección M.2:** Educación grupal en sala (agendada y programada).
- **Sección N:** Visitas domiciliarias y seguimiento realizados por equipo IRA-ERA.
- **Sección O:** Rehabilitación Pulmonar y actividad física.
- **Sección P:** Rehabilitación Pulmonar Post COVID.
- **Sección Q:** Aplicación de Encuesta Calidad de Vida.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A23

Estos programas, desarrollados a lo largo del país deben realizar actividades de promoción, prevención, pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de usuarios con enfermedades respiratorias agudas y crónicas de su población a cargo, bajo el modelo de atención integral y enfoque familiar, estableciendo coordinación con nivel secundario, incorporando determinantes psicosociales en la evaluación de los pacientes y sus familias, involucrando a estas en el autocuidado y manejo de los problemas de salud, trabajando con el intersector.

Sección A: Ingresos agudos según diagnóstico derivados a sala

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la información de todos los establecimientos que realizan actividades para pacientes con patologías agudas y crónicas del Programa Salud Respiratorio, sin excluir a los que no poseen salas IRA-ERA o Mixta.

Ingresos agudos: Se considerarán ingresos agudos las atenciones realizadas a pacientes atendidos por primera vez en el mes por un cuadro respiratorio agudo determinado (IRA alta, Influenza, Neumonía, Coqueluche, Bronquitis Obstructiva Aguda y Otras IRA Bajas) o una exacerbación (Exacerbación Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente, Exacerbación Asma, Exacerbación de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Exacerbación Fibrosis Quística, Exacerbación Otras Respiratorias Crónicas).

En el caso de la patología aguda el ingreso es registrado por el kinesiólogo o enfermera, según el diagnóstico médico por el cual fue derivado a la atención.

Por campaña de invierno**:** Atención otorgada por primera vez en el mes, por profesionales de sala IRA/ERA o MIXTA (kinesiólogos, enfermeras), a pacientes derivados por médico por un cuadro respiratorio, realizada en horas contratadas con financiamiento de refuerzo para campaña de invierno, tanto en horario hábil como en extensión horaria.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de pacientes que ingresan derivados de morbilidad, servicio de urgencia o alta hospitalaria por primera vez o tras ser dado de alta, por cuadro respiratorio agudo a salas de IRA-ERA o Mixtas, según diagnóstico, desagregados edad y sexo de las personas que ingresaron en el mes.

De contar con más de un diagnóstico deberá considerarse el más distal (por ejemplo, otras IRA Baja por sobre IRA Alta) y/o el más grave. Un mismo paciente puede tener más de un ingreso al mes, si se trata de cuadros distintos.

Por campaña de invierno, en la columna campaña de invierno, se registra el número de ingresos que realizan profesionales, de las salas IRA/ERA o MIXTAS, contratados o que realizan extensión horaria, con financiamiento ministerial para refuerzo campaña de invierno.

Regla de consistencia:

R.1: El total registrado en columna campaña de invierno, debe ser igual o menor al total de ingresos agudos registrados por edad y sexo.

R.2: El total pueblos originarios y migrantes declarados debe ser igual o menor al total de ingresos agudos registrados por edad y sexo.

Sección B: Ingreso crónico según diagnóstico (sólo médico)

Definiciones conceptuales:

Se considerarán ingresos crónicos las atenciones realizadas a pacientes atendidos por primera vez por un cuadro respiratorio crónico determinado.

En el caso de la patología crónica el ingreso lo realiza el médico.

Reingreso crónico: Pacientes que vuelven a ingresar, tras haber abandonado los controles por otra causa (abandono, alta).

Se considera abandono de tratamiento en las siguientes condiciones:

- Menores de 1 año: 2 meses 29 días de inasistencia desde la última citación.
- De 12 a 23 meses: 5 meses 29 días de inasistencia desde la última citación.
- De 2 años y más: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación.

Los sistemas de rescate se deben de activar desde la primera inasistencia a control y efectuarse a lo menos 3 acciones de rescate de inasistentes.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de ingresos efectuados, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas.

Se considerará Ingreso de crónico a la atención realizada a pacientes cuyo diagnóstico ha sido confirmado por médico e ingresado a SIGGES, según corresponda.

En el reingreso se registra cuando el paciente vuelve a ingresar luego del abandono de tratamiento o alta.

El valor registrado en la columna "reingreso" para cada diagnóstico, está incluido en los tramos desagregados por sexo y edad.

Regla de consistencia:

R.1: El total pueblos originarios y migrantes declarados debe ser igual o menor al total de ingresos crónicos registrados por edad y sexo.

Sección C: Egresos

Definiciones conceptuales:

Egresos: Usuarios que egresan del programa, por abandono, fallecimiento, traslado o alta, según las patologías por las que ingresó al Programa.

Se considera abandono de tratamiento en las siguientes condiciones:

- Menores de 1 año: 2 meses 29 días de inasistencia desde la última citación.
- De 12 a 23 meses: 5 meses 29 días de inasistencia desde la última citación.
- De 2 años y más: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación.

Los sistemas de rescate se deben de activar desde la primera inasistencia a control y efectuarse a lo menos 3 acciones de rescate de inasistentes.

Se consideran "Traslados" a las personas que solicita cambio de centro de salud por cambio de domicilio, trabajo u otro.

Se consideran "Altas" a las personas que finalizan su tratamiento.

Se considera "Fallecimiento" a las personas que se encuentran en tratamiento dentro del programa y fallecen, ya sea por causa de la misma patología u otros motivos.

Definiciones operacionales:

Se deben registrar los egresos al programa, según diagnóstico y por grupos de edad.

En las últimas columnas se debe registrar los egresos por fallecimiento y abandono, las cuales deben estar desagregadas por grupo edad.

Las inasistencias se consideran después de 11 meses y 23 días, tras este periodo se debe activar el protocolo definido y realizar a lo menos tres acciones de rescate frustras, las que deberán documentarse en la ficha clínica de cada usuario.

El seguimiento remoto debe considerar los siguientes aspectos:

- Evaluación del nivel de control
- Asistencia a dispositivos de urgencia en el periodo
- Suficiencia y adherencia a terapia farmacológica
- Realización de actividad física guiada de manera remota individual y/o comunitaria o en otra modalidad. (pacientes EPOC).
- Adherencia a ventilación invasiva/no invasiva y/u Oxigeno domiciliario si procede.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Consultas de morbilidad por Enfermedades Respiratorias en Salas IRA-ERA y Mixta

Definiciones conceptuales:

Consultas de Morbilidad: Es la atención médica otorgada en horario asignado al programa con fines de diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud, por reagudización de cuadro respiratorio crónico o cuadro agudo sin citación (cupo extra o consulta espontanea).

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número de consultas realizadas por médico de las salas IRA, ERA o Mixtas, desglosadas por grupo de edad y sexo.

Las consultas realizadas por médicos del programa u otros facultativos por causas respiratorias en horas distintas a las consideradas para el control de pacientes bajo control o reconversión de agenda en las salas IRA, ERA o Mixtas, se deberán registrar en el REM-A04.

El paciente que ingresa por primera vez por patología crónica se registra en Sección B desagregado por sexo y grupo etario.

Las atenciones médicas espontáneas en horario asignado al programa se considerarán consultas de morbilidad.

Reglas de consistencia:

R.1: Las consultas realizadas por médicos del programa u otros facultativos por causas respiratorias en horas distintas a las consideradas para el control de pacientes bajo control o reconversión de agenda en las salas IRA-ERA y Mixta, se deberán registrar en el REM-A04.

R.2: El total de beneficiarios deben estar contenidos dentro de la desagregación por sexo y edad.

Sección E: Controles realizados (Crónicos)

Definiciones conceptuales:

Se considerará controles realizados a toda atención de población crónica respiratoria programada (con citación de fecha de control), que se realiza con posterioridad al ingreso de crónicos (sección B) entregada por médico, kinesiólogo y/o enfermera.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de actividades programadas que se realiza en el programa, por médico, enfermera y/o kinesiólogo, debe ser desagregada por grupo de edad y sexo.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de beneficiarios deben estar contenidos dentro de la desagregación por sexo y edad.

Sección F: Seguimiento de atenciones realizadas en agudos

Definiciones conceptuales:

Se considera seguimiento de atenciones realizadas en agudos, a las consultas que se realizan con posterioridad a la primera atención por un cuadro respiratorio agudo o exacerbación de la patología respiratoria crónica, visto por enfermera o kinesiólogo (Control de patología aguda respiratoria).

Por campaña de invierno: Consulta de atención aguda, que se realiza con posterioridad a la primera atención, por un cuadro respiratorio agudo o exacerbación de la patología respiratoria crónica, por profesionales (enfermera o kinesiólogo), contratados o que realizan extensión horaria con financiamiento ministerial para refuerzo campaña de invierno.

Definiciones operacionales:

Se registra el control a usuario con posterioridad a la primera atención por un cuadro respiratorio agudo o exacerbación de la patología respiratoria crónica, desagregando por sexo y grupo etario.

Por campaña de invierno: Se registra el control al usuario con posterioridad a la primera atención, por un cuadro respiratorio agudo o exacerbación de la patología respiratoria crónica, por profesionales (enfermera o kinesiólogo), contratados o que realizan extensión horaria con financiamiento ministerial para refuerzo campaña de invierno.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de beneficiarios deben estar contenidos dentro de la desagregación por sexo y edad.

R.2: El total registrado en columna campaña de invierno, debe ser igual o menor al total de atenciones registradas por edad y sexo

Sección G: Inasistentes a control de crónicos

Definiciones conceptuales:

Se considerará inasistentes a control de crónicos a pacientes que no han asistido a citación agendada de su patología respiratoria crónica.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de pacientes crónicos, según diagnóstico, por grupos de edad y sexo, que presentan inasistencia a control crónico de salud respiratoria.

En los pacientes que presenten más de un año de inasistencia, después de realizar 3 acciones de rescate (se considera abandono en mayores de 2 años) se debe egresar del programa respectivo y registrar en sección C (Todos los diagnósticos que presentaba el usuario se deben egresar individualmente).

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección H: Inasistentes a citación agendada

Definiciones conceptuales:

Se considerará inasistentes a citación agendada a pacientes que no han asistido a citación programada. Esta sección incluye las inasistencias a consultas, talleres de educación, citación a pruebas funcionales u otras actividades agendadas.

Definiciones operacionales:

Sólo se incluyen registros de inasistencias a consultas, talleres de educación, citación a pruebas funcionales u otras "Actividades Agendadas" (excluye control de crónicos) en menores y mayores de 20 años.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección I: Procedimientos realizados

Definiciones conceptuales:

Se considerará procedimientos la espirometría basal (considera sólo una de las etapas de la técnica), Espirometría post BD (considera la realización completa de la técnica), la Flujometría Basal, Flujometría Post BD (considera la realización de la técnica pre y post BD), la Pirometría, el Test de Provocación con Ejercicio, el Test de Marcha de 6 minutos, las sesiones de kinesioterapia respiratoria, y la toma de muestra secreción mucosa o bronquial a través de cualquier método validado, estos procedimientos pueden ser realizado por el Médico, Kinesiólogo, Enfermera según corresponda, en el marco de la atención a pacientes en las salas IRA-ERA o Mixtas.

Definiciones operacionales:

El registro se contabilizará de manera individual independiente de si fueron realizadas durante la misma consulta o control.

Se registran procedimientos descritos en sala IRA-ERA y Mixtas y sólo los que fueron realizados por Médico se debe colocar el total al final de la sección.

Regla de consistencia:

R.1: Cuando se realiza sólo la Espirometría basal se debe de registrar como tal. En el caso de realizar Espirometría basal y Post BD se debe registrar sólo como Espirometría Post BD

R.2: En caso de realizar un procedimiento de toma de muestra asociado a una sesión de Kinesioterapia respiratoria, debe registrarse por separado

Sección J: Derivación de pacientes según destino

Definiciones conceptuales:

Se considerará derivación de pacientes las interconsultas realizadas por el médico del centro de salud a la Unidad de Emergencia Hospitalaria, al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) u otros Servicios de Atención Primarios de Urgencia (como los SUC, SUR o SAR), al Centro de Referencia de Salud (CRS), al Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) o al Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del hospital de referencia.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar en esta sección las derivaciones realizadas por médicos fuera del contexto de atención de los programas IRA o ERA (atenciones de morbilidad), o cuando los pacientes son evaluados o manejados en las salas IRA o ERA mientras ocurre la derivación (por ejemplo, pacientes que en espera de traslado reciben oxigenoterapia o evaluación kinésica en las salas IRA-ERA o Mixtas), desagregado por sexo y rango etario.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección K: Recepción de pacientes según origen

Definiciones conceptuales:

Se considera recepción de pacientes a las interconsultas dirigidas a los profesionales de la sala IRA-ERA o Mixta desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU o SAR) u otros Servicios de Atención Primarios de Urgencia (como SUR), profesionales del mismo centro de salud (Consultas de morbilidad), el Centro de Referencia de Salud (CRS) o el Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número de pacientes provenientes de Unidades de Emergencia, SAPU, consultas de morbilidad, CAE, CDT O CRS, por sexo y grupo etario.

Las derivaciones provenientes del nivel terciario (pacientes que fueron hospitalizados) deberán registrarse en la fila CAE / CDT / CRS, y así mismo las derivaciones provenientes del Extra-Sistema.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección L: Hospitalización Abreviada / Intervención en crisis respiratoria

Definiciones conceptuales:

Se considerará hospitalización abreviada /intervención en crisis las atenciones de pacientes con cuadros moderados y severos, según los protocolos de manejo de cuadros obstructivos, exacerbaciones asmáticas, de EPOC y otras respiratorias.

Por campaña de invierno: Atención de pacientes con cuadros moderados y severos, según los protocolos de manejo de cuadros obstructivos, exacerbaciones asmáticas, EPOC y otras respiratorias, realizadas por kinesiólogos, contratados o que realizan extensión horaria, con financiamiento ministerial para refuerzo campaña de invierno.

Definiciones operacionales:

Se registra el número total de hospitalizaciones abreviadas y/o intervenciones en crisis respiratorias por paciente, realizadas en el mes por diagnóstico desagregado sólo por grupo de edad y sexo.

Por campaña de invierno: Se registra el número total de hospitalizaciones abreviadas y/o intervenciones en crisis respiratorias por paciente, realizadas en el mes, por kinesiólogos contratados o que realizan extensión horaria con financiamiento ministerial para refuerzo campaña de invierno, desagregado por diagnóstico.

Regla de consistencia:

R.1: El total registrado en columna por campaña de invierno, debe ser igual o menor al total de atenciones registradas por edad y sexo

Sección M: Educación en salas.

Sección M.1: Educación individual en sala

Definiciones conceptuales:

Se considerará educaciones individuales a las consejerías o educación de ciertas áreas temáticas, que son realizadas en el ingreso y control de crónico en el período de atención profesional de salas IRA-ERA o Mixta.

Los temas que se abarcan dentro de las educaciones individuales son:

- Antitabaco: Intervención simple y corta, de carácter individual, personalizada, de 3 a 5 minutos de duración que se realiza durante las actividades efectuadas en el establecimiento, independiente del motivo y tipo de éstas.
- Autocuidado según patología: Se educa al paciente de salas IRA-ERA o Mixta respecto a las diferentes técnicas de autocuidado para la patología que padece.
- Uso de terapia inhalatoria: Corresponde a la educación en relación a la técnica y cómo aplicar la terapia.

- Educación integral en salud respiratoria: Corresponde a la educación que se realiza al ingreso de pacientes y en los controles de crónicos respiratorios, que incluye educación en medidas de prevención, técnica y tratamiento inhalatorio, reconocimiento de signos y síntomas, enseñanza y refuerzo de medidas y conductas de automanejo de la patología crónica.
- Estilos de Vida Saludables: Corresponde a la educación que proporciona el equipo IRA-ERA con relación a la alimentación saludable, sedentarismo y conductas responsables, que permiten entregar conocimientos de prevención, fortalecer la educación del autocuidado y herramientas de automanejo a los pacientes atendidos en sala.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de educaciones, según temática, efectuadas por el equipo IRA-ERA de la sala, al ingreso de Programa y al control, desagregado por edad y sexo, realizadas en el establecimiento o fuera de este de modo presencial o remoto.

Si en la educación individual se tratan varios temas (autocuidado según patología, uso de terapia inhalatoria, entre otras) se deberá registrar sólo una educación, cuyo tema sea el de mayor relevancia, es decir el motivo que generó la consulta.

Las educaciones individuales a menores de 9 años corresponden a educaciones que se realizan a los niños y/o a los padres que tienen hijos/as en estos grupos de edad.

Para las educaciones individuales programadas de cesación tabáquica u otras de temáticas de promoción y prevención se deben de registrar como Consejería en REM A.19a.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección M.2: Educación grupal (agendada y programada)

Definiciones conceptuales:

Se considerará educaciones grupales en sala a los talleres grupales que se realizan en el establecimiento o fuera de él, y que están orientadas a la educación de ciertas temáticas, como por ejemplo la educación integral en salud respiratoria. El contenido de estos talleres se enfoca en los siguientes aspectos:

- Educación Integral en Salud Respiratoria
- Antitabaco

Con el objetivo de acercar la atención a los usuarios, las educaciones grupales pueden dirigirse a pacientes, padres o cuidadores y efectuarse en salas cunas y jardines infantiles, en establecimientos educacionales o también en el intersector.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el número total de sesiones realizadas por un profesional o dos o más profesionales que efectúan estas actividades de carácter educativo a grupos de pacientes de las salas IRA-ERA o Mixtas, según temas. Además, se debe consignar las educaciones que se realizan en terreno, como en salas cunas o jardines infantiles, establecimientos educacionales o en el intersector y las realizadas, vía remota.

También, se debe registrar el número total de participantes que asiste a la educación grupal, según el área temática abordada. Además, se debe consignar el número de participantes en las educaciones que se realizan en terreno, como en salas cunas o jardines infantiles, establecimientos educacionales, en el intersector o en sesiones grupales vía remota.

Regla de consistencia:

R.1: El taller IRA para menores de 3 meses debe ser registrado en el REM-A27, sección A.

Sección N: Visitas domiciliarias y seguimiento realizados por equipo IRA-ERA

Definiciones conceptuales:

Corresponde a visitas domiciliarias realizadas por equipo IRA-ERA a familias bajo la estrategia Hogar Libre de Humo, a familias de fallecidos por Neumonía (aplicación de encuesta según norma técnica) y, a pacientes del Programa Oxigeno Ambulatorio (AVNI, AVI, AVNIA, AVIA), con la finalidad de entregar orientaciones a temas que tengan relación con las patologías abordadas en las salas IRA-ERA o Mixtas; y a seguimientos remotos (llamadas o video llamadas) realizadas por profesionales de las salas IRA-ERA o Mixtas con fines relacionados a los objetivos de ellas.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar las visitas realizadas por equipos IRA-ERA a familias, bajo el concepto de hogar libres de humo, muerte por neumonía en domicilio, según orientación técnica vigente, pacientes en programas de oxigenoterapia ambulatoria, con el objetivo de educar a paciente, familia o tutor respecto de la patología, la prevención de complicaciones y la rehabilitación.

En seguimiento telefónico de deben registrar los contactos a través de medios remotos que permitan conocer el estado de pacientes, entregar información, realizar educación y orientación y otras relativas a la sala, cuando no pueda o no sea recomendable la asistencia presencial.

En "Otras Visitas" se deben registrar las visitas domiciliarias que sean efectuadas por el equipo IRA-ERA en otras temáticas no consideradas en esta sección.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección O: Rehabilitación Pulmonar y Actividad Física

Definiciones conceptuales:

Rehabilitación Pulmonar**:** Se refiere a las actividades desarrolladas por profesionales de las salas de salud respiratoria en el marco de un programa estructurado de Rehabilitación pulmonar de 3 meses de duración con sesiones de 90 minutos 2 a 3 veces por semana y con evaluaciones definidas y estandarizadas al inicio y al final del ciclo.

Planes de Actividad Física: Se refiere a las actividades desarrolladas por profesionales de las salas de salud respiratoria en el marco de un plan de actividad física a ejecutar por las personas bajo control por enfermedad respiratoria crónica, en un ambiente diferente al del CESFAM y que requiere seguimiento y evaluación periódica con el objetivo de mejorar o mantener su condición de salud.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de actividades realizadas enmarcadas en la estructura de un programa de rehabilitación pulmonar y que se encuentran bajo control por Enfermedad Respiratoria en el establecimiento APS o la elaboración de un plan de actividad física en aquellos pacientes en los que el programa de rehabilitación presencial no sea factible y su condición de salud se beneficie a través de esta modalidad de intervención.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección P: Rehabilitación Pulmonar Post COVID

Definiciones conceptuales:

Rehabilitación Pulmonar Post COVID: Es la atención interdisciplinaria a pacientes con secuelas post COVID respiratorias, teniendo un importante valor en la prevención de complicaciones, evitando discapacidad y dependencia.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de actividades realizadas enmarcadas en la estructura de un programa de rehabilitación pulmonar Post COVID, esta rehabilitación tendrá un Plan de Trabajo, sesiones educativas, actividad física y de seguimiento telefónico, desagregado por grupos etarios.

Regla de consistencia:

R.1: Esta sección no debe estar contenida en la sección N.

Sección Q: Aplicación de Encuesta Calidad de Vida

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la aplicación de 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 crónicas respiratorias) y a su reevaluación anual.

Definiciones operacionales:

Se registra el número total de encuestas aplicadas al ingreso a los programas para paciente crónico respiratorio y su reevaluación anual, desagregada por diagnóstico, sexo y edad.

Regla de consistencia:

R.1: El total de encuestas aplicadas en un año debe corresponder al total de la población bajo control en un año y al total de los evaluados con estos instrumentos registrados en REM P3 sección E.

REM A24: ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL RECIÉN NACIDO

En Chile, las actuales políticas de salud centradas en las personas y con enfoque de determinantes sociales, asumen el proceso de reproducción humana como un acontecimiento vital en las vidas de mujeres y hombres que da origen al nacimiento de una nueva persona, única, destinada a jugar un rol irrepetible en el grupo familiar y en la sociedad en la que ha nacido; las intervenciones de promoción y prevención comienzan mucho antes del parto. Por ello, los futuros padres y las familias deben tener la posibilidad de crear las mejores condiciones para que el niño o niña desarrolle todas las potencialidades incluidas en su capital genético.

SECCIONES DEL REM-A24

- **Sección A:** Información general de Partos.
- **Sección A.1**: Partos vaginales.
- **Sección A.2:** Cesáreas.
- **Sección A.3:** Complicaciones.
- **Sección B:** Interrupción voluntaria del Embarazo.
- **Sección C:** Método anticonceptivo al alta.
- **Sección D:** Información de Recién Nacido.
- **Sección D.1**: Información general de Recién Nacidos vivos.
- **Sección D.2**: Información inmediata del Recién Nacido.
- **Sección D.3:** Nacidos fallecidos.
- **Sección E:** Egresos de maternidad y neonatología, según lactancia materna exclusiva.
- **Sección F:** Consulta de lactancia materna en servicios Gineco-Obstétricos.
- **Sección G:** Talleres grupales de lactancia materna.
- **Sección H:** Tamizajes del recién nacido.
- **Sección H.1:** Tamizaje metabólico.
- **Sección H.2**: Tamizaje auditivo.
- **Sección H.3:** Tamizaje cardiopatías congénitas.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A24

Sección A: Información general de partos

Definiciones conceptuales:

Total Partos: Corresponde al total de partos atendidos en el establecimiento. Este total de partos se construye por medio de la suma de los partos vaginales, partos instrumentales, cesáreas electivas y cesáreas de urgencia atendidos en el establecimiento durante el período a informar.

- **Parto Vaginal:** Corresponde al total de partos que ocurrieron por vía vaginal, independientemente de la presentación y el número de fetos, excepto los que requirieron instrumentalización (fórceps o vacuum).
- **Parto instrumental:** Corresponde al total de partos que requirieron el uso de fórceps o vacuum para su resolución en el establecimiento durante el período a informar. El término Fórceps considera todos los tipos de instrumentalización, tales como Kielland, Thierry, Velasco, Simpson u otro disponible en el establecimiento.
- **Cesárea Electiva:** Total de cesáreas programadas realizadas en el establecimiento durante el período a informar.
- **Cesárea de Urgencia:** Corresponde al total de cesáreas de emergencia o urgencia realizadas en el período.

Parto Prehospitalario: Corresponde a aquellos partos cuyo expulsivo ocurrió en algún establecimiento o dispositivo perteneciente a la Red Asistencial (CESFAM, CECOSF, SAPU/SAR, PSR, Ambulancias, entre otros), que no sea una unidad funcional del Servicio de Ginecología y Obstetricia que realiza su registro propio en el REM.

Parto Fuera de la Red Asistencial: Corresponde a aquellos partos cuyo expulsivo alumbramiento ocurrió fuera de la red asistencial, por ejemplo: en la vía pública, en centros comerciales, en medios de transporte como taxis o buses, etc. Excluye los ocurridos en domicilio.

Entrega de Placenta a solicitud: Se debe registrar toda entrega de placenta a requerimiento de la puérpera de acuerdo a lo indicado en la Norma técnica N°189 para la entrega de la placenta.

Embarazo no controlado: Corresponde a aquellas gestantes cuyo parto fue atendido en el establecimiento y se constató que no fueron ingresadas control prenatal (no tuvieron controles prenatales)

Parto en Domicilio: Corresponde a aquellos partos cuyo expulsivo ocurrió en un domicilio particular. Se entiende que este registro se realizará "por hallazgo" al momento de la atención de puérperas en los Servicios de Gineco-Obstetricia luego de ocurrido el parto en domicilio, requiriendo prestaciones para ella misma o para el recién nacido. Se debe registrar por separado aquellos que hayan contado con atención por profesionales autorizados por código sanitario (Médica/o y/o Matrón/a) en domicilio y aquellos que no hayan tenido atención profesional según código sanitario.

Partos prematuros: Se entiende como parto prematuro aquel ocurrido entre la semana 22 y la semana 36+6 de gestación. Para fines de análisis, se clasificarán en las siguientes categorías:

- **Partos prematuros menores a 24 semanas:** Corresponde a los partos, de inicio espontáneo o interrupción por indicación médica, ocurridos entre la semana 22 y la semana 23 + 6 días de gestación.
- **Partos prematuros entre 24 a 28 semanas:** Corresponde a los partos, de inicio espontáneo o interrupción por indicación médica, ocurridos entre la semana entre la semana 24 y la semana 28 + 6 días de la gestación.
- **Partos prematuros entre 29 a 32 semanas:** Corresponde a los partos, de inicio espontaneo o interrupción por indicación médica, ocurridos entre la semana 29 y la semana 32 +6 días de gestación.
- **Partos prematuros de 33 a 36 semanas:** Corresponde a los partos, de inicio espontaneo o interrupción por indicación médica, ocurridos entre la semana 33 y la semana 36 + 6 días de gestación.

Uso de oxitocina profiláctica: La oxitocina profiláctica puede utilizarse durante o después del alumbramiento, toda vez que para realizar alumbramiento dirigido la oxitocina puede administrarse mientras se encaja el hombro fetal, a modo de favorecer el alumbramiento en bloque, o bien luego de la expulsión de la placenta a modo de evitar encastillamiento y sangrado abundante secundario. Las 2 técnicas tributan a la profilaxis o prevención de la Hemorragia post parto (5 unidades EV o 10 unidades IM como profilaxis de hemorragia post parto)

Anestesia y Analgesia: Se registrarán el número de mujeres que accedieron a medidas de alivio del dolor, tanto farmacológicas, como no farmacológicas, de acuerdo a las categorías que se mencionan a continuación:

- **Anestesia Neuroaxial:** Se deben registrar el número total de mujeres que hayan recibido anestesia raquídea o peridural durante su trabajo de parto y/o parto dentro del establecimiento.
- **Óxido nitroso:** Se deben registrar el número total de mujeres que hayan recibido analgesia inhalatoria con óxido nitroso durante su trabajo de parto dentro del establecimiento.
- **Analgesia endovenosa:** Se deben registrar el número total de mujeres que hayan recibido analgesia a través de un acceso vascular periférico.
- **General:** Se deben registrar el número total de mujeres que hayan recibido anestesia general durante su parto dentro del establecimiento.
- **Local:** Se deben registrar el número total de mujeres que hayan recibido anestesia local durante su parto dentro del establecimiento.

- **Medidas no farmacológicas**: Se deben registrar el número total de mujeres que hayan recibido medidas de alivio del dolor no farmacológicas durante su trabajo de parto en el establecimiento.

Contacto piel a piel: Se entenderá como contacto piel a piel cuando un/a recién nacido/a desnudo/a queda en directo contacto con la piel del pecho de su madre. En esta sección se registrará el contacto piel a piel que se realiza inmediatamente después del nacimiento, por al menos 30 minutos, tanto en partos vaginales como cesáreas. Este registro se clasificará según:

- Con quien se realiza (Madre o Padre): Esta acción debe ser realizada siempre priorizando el contacto con la madre. Si ella no se encuentra en condiciones de realizarlo, se podrá realizar con el padre o acompañante significativo determinado por ella. También podrá realizarse con la madre primero, y luego con el padre (En este caso, se registran ambos).
- Rangos de peso del RN: Se registrarán los contactos piel a piel realizados según peso del RN en dos categorías: peso menor o igual a 2.499 grs. y peso de 2.500 grs. o más.

Definiciones operacionales:

En esta sección se deben registrar el total de partos atendidos en el establecimiento, según las variables que se describirán en las definiciones conceptuales.

En caso de que la mujer sea sometida a más de un acto anestésico o analgésico, deberán registrarse todas las actividades indicadas por el profesional tratante y realizadas a la misma.

Reglas de consistencia:

R.1: La suma del total de partos por vía vaginal, instrumentales, cesáreas electivas y cesáreas de urgencia debe coincidir con el total de partos

R.2: Los partos prehospitalarios, fuera de la red asistencial y en domicilio no se cuentan en el total de partos

R.3: La suma de las analgesias/anestesias administradas podría ser distinta al total de partos informados.

R.4: Se debe registrar el número total de usuarias a las que se les entregan la placenta dada su voluntad y propia solicitud, y posteriormente desagregar el dato, según su pertenencia, en Pueblo Originario o Migrante.

R.5: El número de pacientes correspondientes a Pueblos Originarios o Migrantes, deben ser menor o igual al total de partos atendidos.

Sección A.1: Partos vaginales

Definiciones conceptuales:

Espontáneo: Se registra el total de mujeres cuyo trabajo de parto que se inició de forma natural, sin intervención del equipo de salud.

Inducido: Se registra el total de mujeres cuyo trabajo de parto se inició por acciones realizadas por el equipo de salud, ya sea con medidas mecánicas o farmacológicas.

Conducción Oxitócica: Se registra el total de mujeres a las cuales se les administró oxitocina durante el trabajo de parto.

Libertad de movimiento: Se registra el total de mujeres que, durante su trabajo de parto, pudieron optar a deambular, o usar alguna posición distinta al decúbito.

Régimen hídrico amplio: Se registra el total de mujeres que pudieron acceder a un régimen hídrico amplio (jugos, agua, bebidas isotónicas, jalea, sopa) durante el trabajo de parto en el establecimiento.

Posición al momento del expulsivo: Se registra el total de partos vaginales según la posición en la que se encontraba la madre al momento del expulsivo.

- **Litotomía:** Se registra el total de mujeres que tuvieron su expulsivo en posición de litotomía.
- **Otras posiciones:** Se registra el total de mujeres que tuvieron su expulsivo en otras posiciones distintas a la de litotomía, por ejemplo: cuatro apoyos, en cuclillas, en un piso de parto, posición de sims o decúbito lateral, de pie, u otra.

Episiotomía: Se registra el total de mujeres a las cuales se les practicó una episiotomía durante su expulsivo.

Acompañamiento: Se registrará el número de mujeres que desean ser acompañadas durante su trabajo de parto y que efectivamente cuenten con el acompañamiento por la figura significativa que ellas definan.

- **Durante el trabajo de parto:** Se registra el total de mujeres o personas gestantes que estuvieron acompañadas por su figura significativa durante todo el trabajo de parto (Dilatación, expulsivo y alumbramiento).
- **Solo en el expulsivo:** Se registra el total de mujeres o personas gestantes que estuvieron acompañadas por su figura significativa SOLO durante el expulsivo.

Edad Gestacional: Se registrarán el total de los partos vaginales ocurridos en el establecimiento según edad gestacional, en las siguientes categorías:

- **Partos vaginales <28 semanas:** Partos vaginales ocurridos entre la semana 22 y la semana 27 + 6 días de gestación.
- **Partos vaginales 28 a 37 semanas:** Partos vaginales ocurridos entre la semana 28 y la semana 37 + 6 días de gestación.
- **Partos vaginales > 38 semanas:** Partos vaginales ocurridos desde la semana 38 de gestación en adelante.

Definición operacional:

En esta sección se registran los partos de término y prematuros ocurridos por vía vaginal, incluidos los que requirieron apoyo instrumental, según edad gestacional y algunas variables relevantes del modelo de atención:

Reglas de consistencia:

R.1: Si se ha inducido un parto con oxitocina y luego se continúa la administración de oxitocina como conducción, se debe registrar en ambas filas.
R.2: En caso de que se haya inducido un parto con oxitocina y se logra el desencadenamiento del mismo, sin requerir conducción, solo debe registrar en la fila "Inducción farmacológica".

Sección A.2: Cesáreas (responsabilidad del Médico Jefe del Servicio de Obstetricia).

Definiciones conceptuales:

Este REM fue creado con la finalidad de contar con información relevante para la toma de decisiones de los Jefes de Servicio de Obstetricia y Jefes de Programa a nivel nacional, además de dar cuenta a indicadores internacionales. Por lo anterior, el registro y la tributación de este dato es de absoluta responsabilidad de los jefes de los Servicios de Obstetricia o Maternidades.

Grupo 1: Corresponde a todas las cesáreas realizadas a mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, ocurridas desde las 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo.

Grupo 2: Corresponde a todas las cesáreas realizadas a mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación cefálica, ocurridas desde las 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo.

Grupo 3: Corresponde a todas las cesáreas realizadas a mujeres multíparas, sin una cesárea previa, con un embarazo único cuyo feto esté en presentación cefálica, ocurridas desde la semana 37 gestación y en trabajo de parto espontáneo.

Grupo 4: Corresponde a todas las cesáreas realizadas a mujeres multíparas sin una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, desde la semana 37 de gestación a las cuales se les haya inducido el parto (cesárea de urgencia) o bien se les haya realizado una cesárea programada (antes del trabajo de parto).

Grupo 5: Corresponde a todas las cesáreas realizadas a mujeres multíparas con al menos una cesárea previa, con un embarazo único con presentación cefálica, desde la semana 37 de gestación. Este registro se desagrega en aquellas que tuvieron solo una cesárea previa y en aquellas que tuvieron 2 o más cesáreas previas.

Grupo 6: Corresponde a todas las cesáreas realizadas a mujeres nulíparas con un embarazo único con presentación de nalgas.

Grupo 7: Corresponde a todas las cesáreas realizadas a mujeres multíparas con un embarazo único con presentación de nalgas, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.

Grupo 8: Corresponde a todas las cesáreas realizadas a mujeres con embarazos múltiples, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.

Grupo 9: Corresponde a todas las cesáreas realizadas a mujeres con un embarazo único, feto en situación transversa u oblicua, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.

Grupo 10: Corresponde a todas las cesáreas realizadas a mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de menos de 37 semanas de gestación, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.

Acompañamiento durante la cesárea: Corresponde registrar el total de mujeres que fueron sometidas a una cesárea (tanto programada como de urgencia) y que, deseando acompañamiento, contaron con la compañía de su figura significativa durante la intervención. Se registran por separado el acompañamiento en cesáreas de urgencia y en las programadas.

Definiciones operacionales:

En esta sección se deben registrar el total de cesáreas, tanto programadas como de urgencia, realizadas en el establecimiento, las cuales se deben clasificar siguiendo el modelo de Robson. Este registro sienta sus bases en sistema de monitoreo indicado en la Norma general técnica y administrativa N°216 "para el monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea", del Ministerio de Salud.

Cesárea programada (previa al trabajo de parto): La mujer no estaba en trabajo de parto cuando ingresó para el parto, y se tomó la decisión de practicar una cesárea.

Cesárea de urgencia: La cesárea urgente es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o el feto con riesgo vital o del pronóstico neurológico fetal.

Grupo 1: Corresponde registrar cesárea de urgencia en aquellas mujeres que inician trabajo de parto espontáneo y por alguna razón, termina resolviéndose el parto en cesárea.

Grupo 2: Corresponde registrar cesárea de urgencia en mujeres nulíparas en las que se ha inducido el parto (con empleo de cualquier método, como misoprostol, xitocina, amniotomía, sonda de Foley intracervical u otros) y luego han dado a luz por cesárea. En el caso de mujeres nulíparas que han sido ingresadas y a las que se ha practicado una cesárea programada (previa al trabajo de parto), se registrará como tal, indicando cuáles fueron por solicitud materna.

Grupo 3: Corresponde registrar cesáreas de urgencia en multípara, sin cesárea previa, embarazo único, cefálica, ≥37 semanas en trabajo de parto espontáneo.

Grupo 4: Corresponde registrar cesárea de urgencia en aquellas mujeres multíparas, en las que se ha inducido el parto (con empleo de cualquier método, como misoprostol, oxitocina, amniotomía, sonda de Foley intracervical u otros) y luego han dado a luz por cesárea. Se registran cesáreas programadas, en mujeres multíparas, que han sido ingresadas y se ha practicado una cesárea programada (previa al trabajo de parto).

Además, se deberá registrar el número total de mujeres que fueron sometidas a una cesárea que deseaban ser acompañadas durante la intervención y que contaron con el acompañamiento de la figura significativa indicada por ellas durante la misma.

Reglas de consistencia:

R.1: En el registro del grupo 2, las cesáreas por requerimiento materno estarán contenidas en el Total de cesáreas del grupo 2.

Sección A.3: Complicaciones

Definiciones conceptuales:

En base al análisis de los casos de muertes maternas de los últimos 3 años, se hace necesario incorporar el registro de complicaciones ocurridas en el parto, sobre todo de aquellas que se relacionan directamente con el aumento de la mortalidad materna. En este caso, se ha incorporado el registro mensual de hemorragias post parto, preeclampsia severa, eclampsia, sepsis y otras.

Junto con esto, se han considerado dentro de las variables a registrar las principales acciones de manejo quirúrgico de estas complicaciones, transfusiones de sangre y traslados a UCI, en el marco del seguimiento de los casos de Near Miss o morbilidad materna grave.

Estos registros buscan avanzar hacia el análisis que nos permita disminuir los casos de muertes maternas por causas evitables.

Definiciones operacionales:

En esta sección se deben registrar el número total de mujeres que presentaron alguna complicación en el proceso de atención de su parto y algunas acciones vinculadas al manejo de las mismas. Se debe registrar según lugar donde ocurrió el parto y el post parto inmediato; es decir, si fue atendido en el establecimiento (institucional) o si el parto ocurrió en el domicilio.

- Hemorragia post parto: Se registra el número total de mujeres que presentaron una hemorragia post parto, según su causa:
    - Inercia uterina
    - Presencia de restos
    - Origen traumático: Incluye rotura, inversión, hematomas, episiotomía propagada. Excluye desgarros III y IV sin episiotomía.
    - Desgarros grado III o IV: Solo se registran aquí los desgarros III y IV que se producen sin episiotomía
    - Alteraciones de la coagulación.
- Preeclampsia severa, eclampsia, sepsis o infección sistémica grave y otras: Se debe registrar el total de mujeres que presentaron estas complicaciones.
- Manejo quirúrgico de la inercia uterina: Se registra el número total de mujeres a las cuales se les realizaron los siguientes procedimientos: blynch, ligadura de uterinas, ligadura de hipogástricas, trombolización de uterinas. Excluye histerectomía.
- Histerectomía obstétrica: Se registra el número total de mujeres a las cuales se les realizó una histerectomía obstétrica como manejo de las complicaciones post parto.
- Transfusión de sangre: Se registra el número total de mujeres a las cuales se les realizó una transfusión de sangre como manejo de las complicaciones del parto.
- Ingreso a UCI: Se registra el número total de mujeres que fueron ingresadas a UCI por una complicación del parto.

Reglas de consistencia:

No tiene regla de consistencia.

Sección B: Interrupción voluntaria del embarazo

Definiciones conceptuales:

Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales: Procedimiento clínico que busca poner término a la gestación de forma anticipada, frente a la presencia de alguna de las 3 causales establecidas en la Ley N° 21.030 mediando la voluntad de la mujer (niña, adolescente o adulta) y con el consentimiento informado de la mujer o persona gestante o pronunciamiento del tribunal de familia, según corresponda.

Causales de interrupción voluntaria de embarazo: Es el motivo que justifica la interrupción voluntaria del embarazo, en estas tres condiciones, y que es permitido por la ley N° 21.030. Las causales pueden ser:

> **Causal N°1**: La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evita un peligro para su vida. El Riesgo vital puede ser inminente o no inminente.
>
> **Causal N°2**: El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, que sea de carácter letal.
>
> **Causal N°3:** Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años (13 años, 11 meses y 30 días), la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

Aborto: interrupción del embarazo ocurrida antes de la semana 22 de gestación (21 semanas, 6 días)

Parto: Interrupción del embarazo ocurrida desde la semana 22 de gestación, en adelante.

Definiciones operacionales:

Tiene como finalidad registrar el total atenciones realizadas a mujeres cuyo caso constituye una causal de la ley 21.030 en el Establecimiento. Esta actividad se registrará según la voluntad de la mujer respecto a Respecto a continuar o interrumpir su embarazo y se desagrega según edad. Se utilizará como fuente de información el Libro de Partos y Abortos ubicados en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de cada establecimiento.

Cuando la interrupción voluntaria del embarazo se realice con 22 semanas o más de edad gestacional se registrará como "Parto" y se deberá diferenciar los partos vaginales inducidos de los partos por cesárea.

Cuando la Interrupción voluntaria del Embarazo (IVE) en tres causales se realice hasta las 21 semanas más 6 días de edad gestacional, se registrará como "aborto", diferenciando por grupos de edad gestacional específicos.

Aquellas situaciones en las que la mujer se encontrará cursando un embarazo múltiple y este se interrumpe voluntariamente por alguna de las tres causales, deberá registrarse sólo una (1) interrupción del embarazo en el caso de las cesáreas y dos o más (interrupciones) en el caso de los partos vaginales inducidos.

Reglas de consistencia:

R.1: Para la Causal 3 no se deben ingresar IVE de más de 14 semanas ni partos prematuros.

R.2: Para Causal 1 y Causal 2, si el producto de la gestación es un nacido vivo se debe ingresar en esta sección y también en la sección C del mismo REM A24.

R.3: Para las Causal 1 y 2, cuando la edad gestacional sea desde la semana 22 en adelante, se debe registrar la vía del parto: distinguiendo parto vaginal inducido del parto por cesárea.

R.4. El número total de interrupciones del embarazo por Ley 21.030, tanto partos como abortos deben estar contenidos en todas las secciones que corresponda.

R.5: Los recién nacidos atendidos en una IVE también deberán ser registrados en la sección que corresponda.

Sección C: Método anticonceptivo al alta

Definiciones conceptuales:

En busca de ampliar los espacios en los cuales las mujeres puedan acceder a métodos anticonceptivos, se ha establecido la estrategia de coordinación entre Atención Primaria de Salud y los Servicios de Ginecología y Obstetricia que permite contar con disponibilidad de métodos anticonceptivos para que sean indicados a las mujeres que lo requieran al momento del alta hospitalaria.

Si bien, se ha incorporado toda la canasta de anticonceptivos disponible en APS, cada establecimiento deberá registrar según su disponibilidad, de acuerdo a las gestiones que se hayan realizado a nivel local.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registrará el número total de mujeres que fueron dadas de alta del establecimiento con algún método anticonceptivo. Se deberá registrar según el método entregado desagregado por tipo de alta (Post aborto, post IVE o post parto) y en los rangos de edad establecidos.

En el caso de las esterilizaciones quirúrgicas, se registrarán aquellas realizadas dentro de la intervención cesárea, en la columna destinada para aquello.

- **Altas sin método anticonceptivo:** Se registrará el número total de mujeres a las cuales se les dio de alta sin un método anticonceptivo.
- **Total altas:** Se registrará el total de mujeres que fueron dadas de alta en el establecimiento, según tipo de alta y por rango de edad.

Reglas de consistencia:

R.1: La suma del total de mujeres que fueron dadas de alta con método anticonceptivo y las que fueron dadas de alta sin método deberá ser menor o igual al total de altas registradas.

Sección D: Información de recién nacidos

Sección D.1. Información general de recién nacidos vivos

Definiciones conceptuales:

Peso al nacer: Es la primera medición del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. Dicho peso debe ser tomado preferentemente dentro de la primera hora de vida.

Anomalía congénita: defecto congénito, alteración estructural o funcional de órganos, sistemas, o partes del cuerpo que ocurren durante la vida intrauterina. Puede ser causada por factores genéticos, ambientales (enfermedad materna, infecciones, exposición a drogas, etc.) o ambos, y pueden evidenciarse antes de nacer, al nacimiento o manifestarse más tarde.

Definiciones operacionales:

En esta sección se debe registrar en gramos el peso de los recién nacidos. La clasificación de los nacidos vivos según el peso al nacer es:

- Menos de 500 grs.
- De 500 a 999 grs.
- De 1.000 a 1.499 grs.
- De 1.500 a 1.999 grs.
- De 2.000 a 2.499 grs.
- De 2.500 a 2.999 grs.
- De 3.000 a 3.999 grs.
- De 4.000 y más grs.

Adicionalmente, se debe registrar todo recién nacido que al menos presente una anomalía congénita según lo instruido en norma Nº183/MINSAL del 2015 para el "Registro Nacional de Anomalías Congénitas" de Chile

Reglas de consistencia

R.1: La suma total de recién nacido según peso al nacer debe ser igual al total de nacidos vivos

R.2: El valor total de recién nacidos con anomalías congénitas no puede ser mayor al total de nacidos vivos.

Sección D.2. Atención inmediata del recién nacido

Definiciones conceptuales

Profilaxis Hepatitis B: Administración de vacuna contra la Hepatitis B durante la atención inmediata post parto e idealmente durante las primeras 24 horas de nacimiento. Los recién nacidos con un peso al nacimiento < de 2000 hrs podrán recibir la vacuna bajo criterio médico.

Profilaxis Ocular: Administración de antibiótico oftálmico por una sola vez en cada ojo durante la atención inmediata postparto.

Tipo de parto: Son aquellas lesiones en el recién nacido producidas por fuerzas mecánicas del trabajo de parto y parto.

APGAR: Es la evaluación clínica que se le realiza al recién nacido en el momento de nacer al minuto y a los 5 minutos de vida. En él se evalúan 5 parámetros a los cuales se les asigna una puntuación entre 0 y 2.

Reanimación básica: Es la aplicación de un conjunto de acciones estandarizadas y jerárquicas que buscan que los recién nacidos que se encuentren en una condición de apnea primaria puedan lograr una adecuada adaptación al medio extrauterino posterior al parto. En términos genéricos es la realización de los pasos iniciales de la reanimación

Reanimación avanzada: Es la aplicación de un conjunto de acciones estandarizadas y jerárquicas que buscan que los recién nacidos que se encuentren en una condición de apnea secundaria puedan lograr una adecuada adaptación al medio extrauterino posterior al parto. En términos genéricos es la realización de los pasos iniciales de la reanimación y al menos ventilación presión positiva

Encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI): es un síndrome clínico de origen neurológico que resulta de la falta de oxígeno y sangre al cerebro alrededor del nacimiento. La gravedad de este cuadro clínico se puede clasificar en 3 grados dado los autores Sarnat y Sarnat.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registrarán todos los recién nacido que recibieron atención inmediata posterior a su nacimiento. Se registrará tanto procedimientos relevantes ejecutados como valores clínicos relevantes en este periodo clínico.

Profilaxis Hepatitis B: Se registrará a todo recién nacido que recibió su vacuna de hepatitis B por una sola vez.

Profilaxis Ocular: se registrará a todo recién nacido que recibió ungüento de eritromicina al 0,5% o solución oftálmica de cloranfenicol en cada ojo por solo una vez.

Tipo de parto: Se registrará todo recién nacido que al momento del postparto se visualice clínicamente la presencia de algún traumatismo del parto. Este registro estará desagregado según tipo de parto.

APGAR: se registrarán todos los recién nacidos que al minuto de vida o a los 5 minutos de vida hayan presentado un puntaje total del test igual o menor a 3 puntos.

Reanimación básica: se registrarán todos los recién nacidos que hayan requerido pasos iniciales de la reanimación.

Reanimación avanzada: se registrarán todos los recién nacidos que además de recibir los pasos iniciales de la reanimación, requirieron al menos ventilación a presión positiva.

EHI grado II y III: se registrarán todos los recién nacidos que a partir de la clasificación de Sarnat y Sarnat queden catalogados con un síndrome en grado II (moderada) o grado III (severo)

Reglas de consistencia:

No tiene regla de consistencia.

Sección D.3. Nacidos Fallecidos

Definiciones conceptuales:

Aborto: Interrupción del embarazo, antes de viabilidad fetal o antes de las 22 semanas de gestación y/o un peso menor a 500 gramos, espontáneo o inducido (El peso solo se considerará cuando no exista edad gestacional segura). Considera los siguientes diagnósticos: aborto completo, aborto incompleto, aborto inevitable y aborto retenido (incluido el huevo anembrionado y la mola hidatidiforme).

Mortinato: Recién nacido de 22 semanas o más que haya cesado en sus funciones vitales antes del nacimiento o bien antes de encontrarse completamente separado de la persona gestante, muriendo y que no ha sobrevivido a la separación un instante siquiera. (Esto adaptado de la ley mortinato)

Mortineonato: Recién nacido que nació vivo, pero fallece después del nacimiento, hasta los 28 días de vida.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registrará el número total de abortos, mortinatos y mortineonatos atendidos en el establecimiento, y se desagregarán según peso de nacimiento.

También se registrará el número de recién nacidos fallecidos que tengan alguna anomalía congénita (con diagnóstico prenatal o que sea evidente al examen físico).

En el marco del cumplimiento de la ley N°21.371, se deberá registrar el total de mujeres o personas gestantes que fueron atendidas en espacio o sala diferenciada (en un espacio distinto o separado de gestantes y puérperas), aquellas a las cuales se les entregó recuerdo/s de maternidad y paternidad y aquellas que contaron con acompañamiento psicosocial de acuerdo a lo indicado en la Norma Técnica Correspondiente.

Reglas de consistencia:

R1: En la suma de los nacidos fallecidos según peso al nacer debe ser igual al total de abortos, mortinatos y mortineonatos registrados.

R2: El total de cada una de las variables del acompañamiento integral del duelo perinatal debe ser igual o menor al total de abortos, mortinatos y mortineonatos registrados.

Sección E: Egresos de maternidad según lactancia materna exclusiva

Definiciones conceptuales:

Lactancia Materna Exclusiva (LME): Tipo de alimentación que consiste en que el niño/a solo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de vitaminas, minerales o medicamentos.

Serología positiva a VIH o HTLV-1: Tanto el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) como el Virus linfotrópico humano de células T tipo 1 (HTLV-1) son infecciones virales que, por su mecanismo de transmisión y de acuerdo a lineamientos ministeriales vigentes, requieren que se suspenda la lactancia materna con el fin de evitar la transmisión madre a hijo/a.

Ley 21.155: Esta ley establece medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio, y releva el derecho preferente del hijo ser amamantado directamente por su madre, salvo que por indicación médica o decisión de la madre se resuelva lo contrario; es decir, reconoce la autonomía de la madre en la decisión de amamantar.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registrarán los egresos de recién nacidos desde "la maternidad" con lactancia materna exclusiva y aquellos que, por algunas razones médicas justificadas o por lo indicado en la Ley 21.155, no serán amamantados con leche materna. Lo anterior, indicando si pertenecen a pueblos originarios o si corresponde a recién nacidos hijos de madres migrantes.

Egresados con lactancia materna exclusiva: Se registra el total de recién nacidos que al momento del alta están siendo alimentados con leche materna exclusivamente.

Egresados que mantuvieron lactancia materna exclusiva durante la hospitalización y al alta: Se registra el total de recién nacidos que fueron alimentados desde el nacimiento hasta el momento del alta con leche materna exclusivamente.

Egresados con madres serología positiva (VIH): Se registra el total de recién nacidos egresados de maternidad cuyas madres presentan serología positiva a VIH.

Egresados con madres serología positiva (HTLV-1) Se registra el total de recién nacidos egresados de maternidad cuyas madres presentan serología positiva a HTLV-1

Egresados con madres acogidas a la ley 21.155: Se registra el total de recién nacidos egresados de maternidad cuyas madres se hayan acogido a su derecho según lo indica la ley 21.155.

Total de egresos: Se registra el total de recién nacidos egresados de la maternidad.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de egresos debe ser igual o menor al total de nacidos vivos reportados en la Sección D.1.

R.2: El total de recién nacidos egresados con Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante la hospitalización y el alta debe ser igual o menor que el total de recién nacidos egresados con lactancia materna exclusiva (LME).

Sección F: Consulta de lactancia materna en Servicios Gineco-Obstétricos

Definiciones conceptuales:

Se entenderá por consulta de lactancia como una prestación de salud que puede ser de resolución inmediata o de seguimiento, la cual está destinada a apoyar y guiar a las madres, hijos o hijas y sus familias, en la instalación, mantención y recuperación de la lactancia materna.

Los objetivos de esta prestación son:

- Valorar integralmente el desarrollo y crecimiento del niño o la niña con foco en aquellos aspectos relacionados con el amamantamiento.
- Valorar integralmente a la madre, con aspectos relacionados con la lactancia materna, así como con su estado socioemocional y presencia de redes apoyo.
- Formular diagnósticos del proceso de lactancia de la diada, considerando el estado de salud integral de la madre y del niño o niña.
- Realizar intervenciones basadas en evidencia que apoyen a la diada en el proceso de lactancia.
- Apoyar a la madre que amamanta de forma oportuna, a través de la adopción y refuerzo de las mejores técnicas, prácticas de cuidados relacionados con el éxito de la lactancia materna exclusiva.

Definiciones operacionales:

Consulta de lactancia: Se registra el total de consultas de lactancia materna realizadas tanto durante la hospitalización como aquellas realizadas de forma ambulatoria, posteriormente al alta de la maternidad.

Consulta de lactancia por profesional: Se registra el total de consultas de lactancia materna realizadas según profesional que lleva a cabo la prestación en el establecimiento.

Reglas de consistencia:

No requiere regla de consistencia.

Sección G: Talleres grupales de lactancia materna

Definiciones conceptuales:

Se entiende como taller grupal de lactancia materna a aquella instancia, realizada en los servicios de gineco-obstetricia/maternidad del establecimiento en los cuales se reúnen padres/madres/cuidadores y en la cual el profesional a cargo entrega información y responde dudas con la finalidad de apoyar a las familias en la adecuada instalación de la lactancia materna.

Estas actividades grupales también se consideran como instancias en las cuales las familias pueden compartir experiencias, apoyándose entre sí.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registrarán las actividades educativas grupales de lactancia materna realizadas en el servicio de gineco-obstetricia/maternidad del establecimiento, y también el número de participantes que participa en ellas.

Número de talleres de lactancia materna realizada en maternidades: Se registrará el total de actividades educativas grupales de lactancia materna realizada en el servicio.

Número de participantes de talleres de lactancia materna realizada en maternidades: se registrará el total de personas que participaron de las actividades educativas, caracterizados según grupo de edad e indicando cuantos de los participantes pertenecen a pueblos originarios y cuántos de ellos son migrantes.

Regla de consistencia:

R.1: El total de participantes de pueblos originarios y migrantes puede ser igual o menor que el total de participantes reportados.

Sección H: Tamizajes del recién nacido

Sección H.1: Tamizaje metabólico

Definiciones conceptuales:

El Ministerio de Salud ha implementado, desde el año 1992, el Programa Nacional de Búsqueda Masiva para diagnóstico de Fenilquetonuria (PKU) e Hipotiroidismo Congénito (HC). Este consiste en la toma de muestra de sangre del recién nacido para el diagnóstico precoz de estas ambas patologías, lo que ha contribuido a prevenir la discapacidad que ambas enfermedades producen si no son detectadas y tratadas desde el período neonatal, mejorando la calidad de vida de los niños y niñas afectados.

Para esta toma de muestra se deben tener presente 3 criterios principales: Edad gestacional pediátrica, horas de vida del niño/a y tiempo que ha pasado desde que inició la alimentación enteral.

Para los recién nacido con 38 semanas y más, debe ser tomado desde las 40 horas de vida y con al menos 24 horas de alimentación enteral.

En el caso del recién nacido prematuro de 36 a 37 semanas de gestación, la muestra de sangre se debe tomar al 7º día de edad. Si el recién nacido no se está alimentando por vía enteral se debe registrar en tarjeta de examen.

En recién nacidos con edad gestacional igual a las 35 semanas, la muestra se tomará a los 7 días de edad, y posteriormente se deberá repetir a los 15 días de edad. Si el recién nacido no se está alimentando por vía enteral se debe registrar en tarjeta de examen.

Fibrosis quística: Actualmente existe un programa piloto de screening de fibrosis quística en algunos establecimientos de la red pública de salud. Este screening permite el diagnóstico precoz para el abordaje oportuno de la patología.

Definiciones operacionales:

Se deberá registrar el total de recién nacidos a los cuales se les tomó la muestra para la detección de Fenilquetonuria (PKU) e hipotiroidismo congénito (HC).

Primeras muestras: Se registrará el total de recién nacidos a los cuales se les toma la primera muestra para la detección de Fenilquetonuria (PKU) e hipotiroidismo congénito (HC).

Exámenes de segunda punción: Se registrará el total de recién nacidos a los cuales se les debe tomar una segunda muestra, ya sea por repetición o confirmación de la misma.

Segunda muestra en menores de 36 semanas: Se registrarán el total de recién nacidos menos de 36 semanas a los cuales se les tomó una segunda muestra según lo indica la normativa establecida por el Programa Nacional de Búsqueda Masiva de Fenilquetonuria e hipotiroidismo congénito neonatal.

Exámenes alterados: Se registrará el total de exámenes que sean reportados al establecimiento como "alterados".

Fibrosis quística: Se registrará, en los establecimientos que cuenten con el piloto, el total de recién nacidos a los que se les ha tomado una muestra para el screening de fibrosis quística.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de recién nacidos tamizados debe ser igual o menor que el número total de recién nacidos vivos reportado en la sección D.1.

Sección H.2: Tamizaje Auditivo

Definiciones conceptuales:

La hipoacusia se define como la condición en la cual se produce una disminución parcial o total en la capacidad para detectar ciertas frecuencias e intensidades del sonido, la que puede ser de causa congénita o adquirida.

El tamizaje auditivo permite un diagnóstico precoz de la hipoacusia, lo que reduce la discapacidad a tal punto que el niño puede hacer su vida prácticamente normal, la rehabilitación además es breve a diferencia cuando se hace el diagnóstico tardío en que luego de una larga rehabilitación, quedan con una discapacidad de por vida.

El tamizaje auditivo se realiza dentro de los primeros 3 meses de vida, principalmente en los Servicios de Obstetricia y Neonatología, utilizando el examen Emisiones Otoacústicas (EOA) a los Recién Nacidos (RN) sin factor de riesgo, y Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral automatizados (PEATa o AABR) a los RN con algún factor de riesgo.

Los factores de riesgo a considerar se encuentran definidos en la Norma General Técnica N° 00179 para la Atención Integral del RN en la Unidad de Puerperio en Servicios de Obstetricia y Ginecología (MINSAL, 2015).

Cuando estos exámenes están normales se informa PASA, por el contrario, cuando resultan alterados, se informan cómo REFIERE.

En el caso de salir alterado (REFIERE) cualquiera de estos 2 exámenes, se realiza un segundo examen de tamizaje con PEATa (Retamizaje).

Definiciones operacionales:

Total de Recién Nacidos Tamizados: Se registra el número total de recién nacidos vivos o lactantes menores de 3 meses con tamizaje auditivo realizado.

Tamizaje: Se deberán registrar el número de recién nacidos vivos o lactantes a los cuales se les realizó un primer tamizaje (independiente del examen realizado, EOA o PEATa).

Retamizaje: Se deberá registrar el número de recién nacidos vivos o lactantes que requirieron y se les hizo la toma de un retamizaje o 2º tamizaje.

Se desagrega el total de recién nacidos vivos o lactantes pertenecientes a pueblos originarios a quienes se les realizó el primer tamizaje, independiente del examen realizado.

Recién Nacidos referidos por tamizaje alterado: Se debe registrar el número total de recién nacidos vivos o lactantes tamizados que son referidos el tamizaje auditivo (resultado alterado). En la primera columna se registra aquellos que son referidos en el primer tamizaje y en la segunda aquellos que REFIEREN el retamizaje o 2º tamizaje.

Se desagrega el número de recién nacidos vivos o lactantes pertenecientes a pueblos originarios que son referidos el primer tamizaje.

Total Exámenes Realizados: Se registra el número de exámenes de tamizaje realizados en el establecimiento, en diferentes unidades clínicas: servicio de la maternidad (puerperio), servicio de neonatología y servicio de otorrinolaringología y desagregados por tipo de examen: emisiones otoacústicas (EOA) o potenciales automatizados de tronco cerebral (PEATa/AABR).

En el caso del servicio de otorrinolaringología corresponden solo a exámenes realizados antes de los 6 meses de vida.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de recién nacidos y lactantes con retamizaje debe ser igual o menor al total de recién nacidos con 1º tamizaje

R.2: El total de recién nacidos vivos y lactantes tamizados con retamizaje debe ser igual o menor al total del número de recién nacidos vivos y lactantes que REFIEREN el primer tamizaje.

Sección H.3: Tamizaje cardiopatías congénitas

Definiciones conceptuales:

La saturometría u oximetría de pulso es el método usado en los establecimientos de la red pública de salud como screening neonatal de cardiopatías congénitas críticas.

Por medio de la utilización de un oxímetro de pulso se mide la saturación de oxígeno en la mano derecha (pre-ductal) y alguno de los pies (post-ductal), lo que permite identificar diferencias de saturación significativas que puedan indicar la presencia de alguna anomalía congénita de origen cardiaco.

Este screening no reemplaza a los otros métodos de pesquisa: Ecografía antenatal y Examen por el Neonatólogo. Con la correcta realización combinada de los tres métodos se obtienen los mejores resultados de diagnóstico precoz.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el total de recién nacidos a los cuales se le realizó el screening de saturometría según el lugar de realización (Maternidad o Neonatología) y se debe indicar, de ellos, cuantos fueron derivados a cardiología por hallazgos sugerentes de cardiopatía.

Los procedimientos y la toma de decisión clínica se deben realizar de acuerdo a lo indicado en la norma técnica N°194 para la atención integral del recién nacido en la unidad de puerperio, en Servicios de Obstetricia y Ginecología.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de RN referidos a cardiología en cada una de las unidades debe ser igual o menor al total de recién nacidos tamizados.

REM A25: SERVICIOS DE SANGRE

El Ministerio de Salud la entidad responsable del gestionar el suministro de sangre para el país. Esto se realiza mediante distintos establecimientos que desarrollan procesos de Medicina Transfusional, como los Centros de Sangre (4 en el país: Valparaíso, Metropolitano de Santiago, Concepción y Austral de Puerto Montt), Bancos de Sangre y Unidades de Medicina Transfusional ubicadas dentro de los hospitales.

Existen 50 lugares fijos de donación de sangre en el país, dependientes de los 29 Servicios de Salud existentes. Algunos sitios fijos tienen equipos que realizan colectas móviles de sangre, en lugares accesibles y cercanos a la comunidad, para entregar la oportunidad de donar sangre, por ejemplo, en tu lugar de trabajo. También existen Bancos de Sangre privados, pertenecientes a instituciones de salud privadas que, de igual manera, se rigen por las normativas establecidas por MINSAL.

SECCIONES DEL REM-A25

- **Sección A.1:** Población donante (CS-UMT-BS).
- **Sección A.2:** Tipo de donantes con contradicción.
- **Sección A.3:** Reacciones adversas a la donación (CS-UMT-BS).
- **Sección B:** Ingreso de unidades de sangre a producción (CS-BS).
- **Sección C:** Producción de componentes sanguíneos (CS-BS).
- **Sección C.1:** Componentes sanguíneos eliminados (CS-BS).
- **Sección C.2:** Componentes sanguíneos eliminados o devueltos al centro de Sangre (UMT).
- **Sección C.3:** Componentes sanguíneos transformaciones (CS- BS-UMT).
- **Sección C.4:** Componentes sanguíneos distribuibles (CS).
- **Sección C.5:** Insatisfacción óptimos (7 Días) CS.
- **Sección C.6:** Insatisfacción stock mínimo (3 Días) UMT.
- **Sección D:** Componentes sanguíneos distribuidos (CS) o transferidos (BS-UMT).
- **Sección D.1:** Transfusiones (UMT-BS).
- **Sección E:** Demanda glóbulos rojos para transfusión (UMT-BS).

- **Sección F:** Reacciones adversas por acto* transfusional (UMT-BS).
- **Sección G:** Inmunohematología.
- **Sección G.1:** Clasificación sanguínea ABO-RhD (CS-BS-UMT).
- **Sección G.2:** Detección de anticuerpos irregulares (CS-BS-UMT).
- **Sección G.3:** Identificación de anticuerpos irregulares (CS-BS-UMT).
- **Sección G.4:** Pruebas cruzadas eritrocitarias (BS-UMT).
- **Sección G.5:** Fenotipo eritrocitario (CS-BS-UMT).
- **Sección G.6:** Prueba de antiglobulina directa en pacientes (BS-UMT).
- **Sección H:** Aféresis.
- **Sección H.1:** Aféresis de donación (BS-UMT-CS).
- **Sección H.2:** Aféresis terapéutica (UMT-BS)

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A25

GLOSARIO:

Centro de Sangre (CS): Es un establecimiento especializado del Servicio de Sangre, cuya misión incluye todas las funciones relacionadas con la promoción, donación, procesamiento y producción de componentes sanguíneos, la calificación microbiológica e inmunohematológica de la sangre donada y el etiquetaje de sus componentes.

Es responsable del almacenamiento, transporte, distribución, calidad y trazabilidad de los componentes sanguíneos entregados a las Unidades de Medicina Transfusional (UMT) de los diferentes establecimientos de salud que son parte de su red territorial. También puede cumplir otras funciones establecidas por MINSAL.

Unidad de Medicina Transfusional (UMT): Es una unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico de un establecimiento de salud público o privado, cuya función primordial es efectuar terapia transfusional con indicación sujeta a guías nacionales de manera oportuna, segura, de calidad, informada, y costo eficiente. Realiza procesos de hemovigilancia y procedimientos que permitan la trazabilidad.

Banco de Sangre (BS): Unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico localizada dentro de un establecimiento de salud, que efectúa promoción de la donación y colecta de sangre, producción de componentes sanguíneos, almacenamiento, calificación microbiológica e inmunohematológica, con el objeto de efectuar la terapia transfusional en el propio centro asistencial.

Sección A.1: Población donante (CS-UMT-BS)

Definiciones conceptuales:

Donante de sangre Altruista Nuevo u Ocasional: Persona que dona por primera vez o después de dos años desde su última donación, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago o incentivo a cambio.

Donante de sangres Altruista Repetido: Persona que dona en forma regular al menos una vez cada 2 años, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago a cambio.

Donante Familiar o de Reposición: Persona que dona bajo la presión institucional de cubrir las necesidades de un familiar o un amigo enfermo.

Donante Aceptado: Persona que de acuerdo a las normas establecidas y los criterios del proceso de entrevista, cumple con los requisitos y por lo tanto es aceptado como donante de sangre.

Colecta Móvil de sangre: Actividad en que un equipo de salud especializado se desplaza a una localidad predefinida, portando el equipamiento y material necesario, con el objeto de colectar sangre de donantes voluntarios. La colecta puede realizarse en un lugar físico disponible dentro de una comunidad o en un vehículo especialmente acondicionado para estos fines.

Definiciones operacionales:

Corresponde al número de donantes altruistas (nuevos y repetidos) y reposición aceptados en la entrevista médica, separados por sexo y grupos de edad correspondientes.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Unidades de Medicina Transfusional y Banco de Sangre.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.2: Tipo de donantes con contraindicación

Definiciones conceptuales:

Donante con contraindicación transitoria: Persona que tras la entrevista de selección, evidencia una contraindicación en su salud que le impide ser aceptada como donante de sangre. Esta contraindicación le impide cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre por alguna causa transitoria o temporal.

Donante con contraindicación permanente: Persona que tras la entrevista de selección, evidencia una contraindicación en su salud que le impide ser aceptada como donante de sangre. Esta contraindicación le impide cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre por alguna causa permanente.

Familiares o Reposición: Persona que tras la entrevista de selección, evidencia una contraindicación en su salud que le impide ser aceptada como donante de sangre. Esta contraindicación le impide cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre por causa transitoria o permanente.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número de donantes altruistas (nuevos y repetidos) y reposición rechazados en forma transitoria y permanente en la entrevista médica, desagregados por rango etario y por sexo.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.3: Reacciones adversas a la donación (CS-UMT-BS)

Definiciones conceptuales:

Reacciones Adversas a la Donación (RAD): Corresponde a cualquier reacción inesperada asociada a la donación de sangre, puede implicar:

1) **Complicaciones con síntomas locales:**
    - Sangre fuera de los vasos sanguíneos
        - Hematoma
        - Punción arterial
        - Sangramiento posterior
    - Dolor
        - Irritación o injuria en un nervio
        - Brazo doloroso
    - Inflamación o infección localizada
        - Tromboflebitis
        - Celulitis
    - Otras injurias mayores en los vasos sanguíneos
        - Trombosis venosa profunda
        - Fístula arteriovenosa
        - Síndrome compartimental
        - Pseudoaneurisma de la arteria braquial
2) **Complicaciones con síntomas generalizados:**
    - Reacción vasovagal (RVV)
    - Con pérdida de conciencia
        - <60 segundos, sin complicaciones
        - ≥ 60 segundos y / o convulsiones o incontinencia
    - Con lesión
    - Sin lesión
    - En el sitio de recolección
    - Fuera del sitio de recolección

3) **Complicaciones relacionadas a la aféresis:**

- Reacción al citrato
- Hemólisis
- Embolismo aéreo
- Infiltración

4) **Reacción alérgica:**

- Alergia local
- Reacción alérgica generalizada (anafilaxia)

5) **Otras complicaciones serias a la donación de sangre:**

- Evento mayor cardiovascular
- Síntomas agudos cardíacos
- Infarto al miocardio
- Paro cardiaco
- Ataque isquémico transitorio
- Accidente cerebrovascular
- Muerte

6) **Otras complicaciones**

Las definiciones técnicas de estos eventos adversos se encuentran disponibles en el Decreto exento N°38, emitido el 31 de mayo de 2021, por el MINISTERIO DE SALUD y la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Denominado "Aprueba norma técnica N° 212 que regula "la atención y selección de donantes de sangre total y por aféresis en sitio fijo y colecta móvil", y deja sin efecto las resoluciones exentas N° 458, de 2007 y N° 389, de 2013, de la subsecretaría de redes asistenciales, que aprobaron las normas generales técnicas N° 96 y N° 146"

Descargable en*:* https://www.minsal.cl/dona-sangre-descarga-de-archivos/

Definiciones operacionales:

Corresponde al registro de acontecimientos adversos a la donación de sangre, separados se acuerdo a:

a) Clasificación

b) Tipo

c) Subtipo

d) Y duración en algunos casos.

Incluye el registro del total de eventos adversos, considerándolos como unitarios e independientes en cada tipo de donante de sangre: altruista o reposición.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Unidades de Medicina Transfusional y Banco de Sangre.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B: Ingreso unidades de sangre a producción (CS-BS)

Definiciones conceptuales:

Unidades de Sangre Apta: Aquellas unidades de sangre total que cumplen con los controles de volumen adecuado, sellos indemnes, sin filtraciones, correcta identificación y aspecto, por lo que pueden ser procesadas para obtener componentes sanguíneos.

Unidades de Sangre No Apta: Aquellas unidades de sangre total que no cumplen con los controles de calidad para ser procesadas con el fin de obtener componentes sanguíneos.

Definiciones operacionales:

Corresponde al registro del número total de unidades de sangre que han sido clasificadas como aptas y No aptas para que sean procesadas.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre y Banco de Sangre.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C: Producción de componentes sanguíneos (CS-BS)

Definiciones conceptuales:

Componente Sanguíneo o Hemocomponente: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado) que se puede preparar mediante centrifugación, filtración, congelación y/o descongelación de acuerdo con un procedimiento validado.

Definiciones operacionales:

Corresponde al registro del número total de unidades producidas de los distintos componentes de la sangre, según clasificación. Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre y Banco de Sangre.

- Glóbulos Rojos
  - Desplamatizados
  - Leucoreducidos
  - Filtrados
  - Aferesis
  - Irradiadas
- Plaquetas
  - Estándar
  - Leucorreducida Pool
  - Leucodepletada Pool
  - Aféresis
  - Irradiadas
- Plasmas
  - Plasma Fresco Congelado Terapéutico
  - Plasma Uso No Terapéutico
  - Aféresis
- Crioprecipitados

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.1: Componentes sanguíneos eliminados (CS-BS)

Definiciones conceptuales:

Componente Sanguíneo: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Eliminación de Componentes Sanguíneos: Corresponde a aquel proceso que permite eliminar - en cualquier etapa del proceso productivo o en el almacenamiento – un componente sanguíneo. Las causas de eliminación a registrar se indican a continuación:

Calificación microbiológica reactiva: Aquel componente sanguíneo que resulta reactivo ante las técnicas de tamizaje microbiológico realizadas.

Obsolescencia: Aquel componente sanguíneo que es eliminado al cumplir su periodo de vida útil y no fue utilizado en terapia transfusional.

Falla por cadena de frío en almacenamiento: Aquel componente sanguíneo que es eliminado al incumplir la trazabilidad en la cadena de frío durante el periodo de almacenamiento.

Falla por cadena de frío en transporte: Aquel componente sanguíneo que es eliminado al incumplir la trazabilidad en la cadena de frío durante el periodo de transporte.

Otros: Causas diversas de eliminación de componentes sanguíneos (control de calidad no conforme, aspecto, volumen, recuentos, hemólisis u otros).

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número total de unidades eliminadas por cada componente sanguíneo según la respectiva causa de eliminación.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre y Banco de Sangre.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.2: Componentes sanguíneos eliminados o devueltos al Centro de Sangre (UMT)

Definiciones conceptuales:

Componente Sanguíneo: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Eliminación de Componentes Sanguíneos: Corresponde a aquel proceso que permite eliminar - en cualquier etapa del proceso productivo o en el almacenamiento – un componente sanguíneo.

Las causas de eliminación o devolución son:

- Obsolescencia: Componente sanguíneo eliminados o devueltos al CS por tener vida útil muy limitada y no puede ser utilizado en terapia transfusional.
- Falla por cadena de frío: Componente sanguíneo devueltos o eliminados por fallas en la cadena de frio durante el transporte o el almacenamiento.
- Devoluciones por producto por no cumplir estándar: Componente sanguíneo devuelto al CS por no cumplir con el estándar establecido.
- Descongelamiento sin uso: Componente sanguíneo eliminado por haber sido descongelado y no fue utilizado en terapia transfusional.
- Otros: Componentes sanguíneos que fueron eliminados o devueltos por diversos motivos.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar los Componente sanguíneo eliminados o devueltos al centro de sangre que no pueden ser utilizados en la Terapia Transfusional de la Unidad de Medicina Transfusional. Se desagrega por tipo de causa de eliminación y componente sanguíneo. El servicio de sangre que debe registrar en esta sección es la Unidad de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.3: Componentes sanguíneos transformaciones (CS–BS-UMT)

Definiciones conceptuales:

Componente Sanguíneo: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Transformación de Componentes Sanguíneos: Corresponde a aquel proceso que permite transformar o modificar - en cualquier etapa del proceso productivo o en el almacenamiento – un componente sanguíneo, para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

- **Unidades pediátricas:** Unidades de componentes sanguíneos alicuotados para uso pediátrico.
- **Irradiación:** Unidades de componentes sanguíneos sometidos a irradiación para su uso terapéutico en determinadas patologías o pacientes.
- **Reconstitución para uso pediátrico (recambio):** Unidades de componentes sanguíneos utilizados en reconstitución de sangre total para recambio sanguíneo pediátrico.
- **Reducción volumen:** Unidades de componentes sanguíneos a las cuales se les redujo el volumen para su utilización en terapia transfusional.
- **Desplasmatización:** Unidades de componentes sanguíneos a las cuales se les remueve el plasma, lava y se suspende en otra solución aditiva para su utilización en terapia transfusional.
- **Filtrados:** Unidades de componentes sanguíneos sometidos a filtración en la donación (origen) o al lado de la cama del paciente, para su uso terapéutico en determinadas patologías o pacientes.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar los componentes sanguíneos transformados o modificados desde su presentación original para utilizar en pacientes pediátricos u otros pacientes que requieren terapia transfusional. Se desagrega por tipo de componente sanguíneo, según unidades. Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.4: Componentes sanguíneos distribuibles (CS)

Definiciones conceptuales:

Componente Sanguíneo: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Componente sanguíneo apto o conforme: Corresponde a aquel componente sanguíneo que cumple con las condiciones óptimas de calidad del proceso productivo, almacenamiento, fecha de caducidad, cadena de frio y actividad celular o de sus componentes y por lo tanto, es apto para su almacenamiento y distribución.

Distribución de Componentes Sanguíneos: Corresponde a aquel proceso que permite distribuir o movilizar de un lugar a otro un componente sanguíneo, para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de componentes sanguíneos aptos según tipo, para su distribución a la fecha de corte de este registro mensual. Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.5: Insatisfacción óptimo (stock óptimo) (7 Días) CS

Definiciones conceptuales:

Gestión de Stock o Almacenamiento: Sistema utilizado por los establecimientos que realizan procesos de medicina transfusional para administrar la oferta y demanda de sangre y/o componentes sanguíneos en la cadena de suministro, con el objetivo de optimizar los recursos y lograr la provisión necesaria para el abastecimiento oportuno de las necesidades.

Stock o Inventario: Número total de unidades de componentes sanguíneos almacenados en condiciones controladas, para satisfacer de manera oportuna y continua la demanda del establecimiento.

Stock Óptimo**:** Corresponde a aquella cantidad de componentes sanguíneos almacenados que permite cubrir las necesidades transfusionales de un establecimiento durante 7 días.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de días del mes en que el stock de GR de los grupos sanguíneos O (+), A (+), B (+), O (-) y A (-) se encuentra bajo la cantidad designada como óptima para una determinada UMT, CS o BS.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C.6: Insatisfacción Stock Crítico (3 días) UMT

Definiciones conceptuales:

Stock crítico: Corresponde a aquella cantidad de componentes sanguíneos almacenados que permite cubrir las necesidades transfusionales básicas de un establecimiento durante 3 días.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de días del mes en que el stock de GR de los grupos sanguíneos O (+), A (+), B (+), O (-) y A (-) se encuentra bajo la cantidad designada como mínima para una determinada UMT, CS o BS.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Componentes sanguíneos distribuidos (CS) o transferidos (BS y UMT)

Definiciones conceptuales:

Componente Sanguíneo: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Distribución o transferencia de Componentes Sanguíneos: Corresponde a aquel proceso que permite distribuir, movilizar de un lugar a otro o transferir un componente sanguíneo hacia un nuevo lugar de destino: una UMT, un Banco de Sangre, otro Centro de Sangre o una industria fraccionadora, Hospital Universitario, etc. Ya sean dependientes del MINSAL, privados o FFAA, para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número total de unidades distribuidas o transferidas, según lugar de destino y por tipo de componente sanguíneo.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre, según las unidades que distribuye. Los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional, según las unidades que transfiere.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D.1: Transfusiones (UMT - BS)

Definiciones Conceptuales:

Componente Sanguíneo: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Transfusión de Componentes Sanguíneos: Corresponde a aquel proceso que permite infundir o transfundir un componente sanguíneo en un paciente adulto, pediátrico, ginecológico, bajo una indicación médico-clínica que indica su realización durante el día (rutina) o en forma urgente, para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

Glóbulos Rojos transfundidos: Número de unidades de glóbulos rojos transfundidas a un paciente menor o mayor de 15 años. La unidad de glóbulos rojos a transfundir puede encontrarse en su condición normal (sin modificación) o puede ser sometida a transformación mediante irradiación y filtración.

Plaquetas (Concentrado Plaquetario): Número de unidades de plaquetas transfundidas a un paciente menor o mayor de 15 años. La unidad de plaquetas transfundida puede ser elaborada a partir de una donación unitaria de sangre completa (Estándar), en modalidad de Pool o haber sido obtenida mediante procedimientos de Aféresis. A su vez, y de acuerdo a los requerimientos clínicos de los pacientes, encontrarse en su condición normal o sin modificación, así como también pueden ser sometidas a transformación mediante irradiación y filtración.

Plasmas: Número de unidades de plasmas transfundidos a un paciente a un paciente menor o mayor de 15 años La unidad de plasma transfundida debe ser en condiciones normales, sin ser sometida a transformación (irradiación y/o filtración) ya que no se consideran técnicamente pertinentes.

Crioprecipitados: Número de unidades de crioprecipitados transfundidos a un paciente menor o mayor de 15 años. La unidad de crioprecipitado transfundida debe ser en condiciones normales, sin ser sometida a transformación (irradiación y/o filtración) ya que no se consideran técnicamente pertinentes.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número de unidades de componentes sanguíneos transfundidos, según tipo de componente sanguíneo, desglosando el registro de acuerdo con la clasificación de las unidades transfundidas en normal o mediante irradiación, y la edad del paciente desagregada en grupos de edad: menores de 15 años y de 15 y más años.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Demanda glóbulos rojos para transfusión (UMT - BS)

Definiciones conceptuales:

Demanda: Cantidad total de unidades según componente, indicadas por medio de una solicitud médica escrita de transfusión.

Unidades solicitadas: Total de unidades de glóbulos rojos indicadas por médico a un paciente, registradas en un formulario de solicitud de transfusión, que cumple criterios de indicación establecidos.

Unidades despachadas**:** Total de unidades de glóbulos rojos compatibilizadas y preparadas nominativamente para un paciente.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número total de unidades de glóbulos rojos solicitadas para transfusión y cuántas de estas solicitudes fueron despachadas.

Para el registro de las unidades solicitadas, no se debe considerar las solicitudes canceladas.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia

Sección F: Reacciones adversas por acto transfusional (UMT-BS)

Definiciones conceptuales:

Acto transfusional: Procedimiento que se origina desde una solicitud de transfusión, que comienza a partir de la instalación de una o más unidades, realizada secuencialmente en un mismo evento.

Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT): Corresponde a los efectos adversos o a la respuesta anormal que un paciente presenta o desarrolla por la administración de componentes sanguíneos.

Los tipos de reacciones adversas que se pueden originar son:

1) **Complicaciones agudas**
    a. Origen inmunológico:
        - Reacción hemolítica aguda.
        - Reacción febril no hemolítica.
        - Reacción alérgica.
        - Anafilaxia/hipersensibilidad.
        - Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión (TRALI).
        - Aloinmunización con destrucción plaquetaria inmediata.
        - Reacción hemolítica aguda por incompatibilidad ABO.
        - Reacción hemolítica aguda por otra causa.
    b. Origen No inmunológico:
        - Contaminación bacteriana.
        - Sobrecarga circulatoria.
        - Hemólisis no inmune.
2) **Complicaciones retardadas**
    a. Origen Inmunológico:
        - Reacción hemolítica retardada.
        - Aloinmunización frente a antígenos eritrocitarios.
        - Púrpura postransfusional.
        - Enfermedad injerto contra huésped postransfusional (EICHT).

b. Origen No Inmunológico:

- Hemosiderosis transfusional.
- Transmisión de priones.
- Formación de inhibidores.
- Septicemia.
- Transmisión de VIH post transfusional.
- Transmisión de VHC post transfusional.
- Transmisión de VHB post transfusional.
- Transmisión de otros virus post transfusional.
- Malaria/Paludismo.
- Otras infecciones parasitarias post transfusional.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número de reacciones transfusionales por acto transfusional, según tipo de componente sanguíneo y tipo de reacción adversa. Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección G: Inmunohematología

Definiciones conceptuales y operacionales:

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología realizadas a donantes y a pacientes.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección G.1: Clasificación sanguínea ABO-RhD (CS-BS-UMT)

Definiciones conceptuales y operacionales:

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología clasificación sanguínea ABO RhD realizadas a donantes y a pacientes hospitalizados, ambulatorios y embarazadas.

Registrar los siguientes FENOTIPOS posibles:

- RhD+
- RhD-
- A RhD+
- A RhD-
- B RhD+
- B RhD-
- AB RhD+
- AB RhD-
- DISCREPANTE ABO
- DISCREPANTE RhD

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección G.2: Detección de anticuerpos irregulares (CS-BS-UMT)

Definiciones conceptuales y operacionales:

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología "detección de anticuerpos irregulares" realizada a donantes y a pacientes hospitalizados, ambulatorios y embarazadas.

Registrar los siguientes resultados de DETECCIÓN posibles:

- Positivo
- Negativo
- Indeterminado

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección G.3: Identificación de anticuerpos irregulares (CS-BS-UMT)

Definiciones conceptuales y operacionales:

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología detección de anticuerpos irregulares realizada a donantes y a pacientes hospitalizados, ambulatorios y embarazadas.

Registrar resultados por sistema hallado e indicando la especificidad del anticuerpo:

a) SISTEMA MNS:
   - M
   - N
   - S
   - S

b) SISTEMA P1PK:
   - P1

c) SISTEMA Rh:
   - D
   - C
   - E
   - C

- E

d) SISTEMA LUTHERAN:
   - Lua
   - Lub

e) SISTEMA KELL
   - K

f) SISTEMA Kpa

g) SISTEMA LEWIS
   - Lea
   - Leb

h) SISTEMA DUFFY
   - Fya
   - Fyb

i) SISTEMA KIDD
   - Jka
   - Jkb

j) SISTEMA DIEGO
   - Dia
   - Dib

k) NO CONCLUYENTE

l) OTROS

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección G.4: Pruebas cruzadas eritrocitarias (BS - UMT)

Definiciones conceptuales y operacionales:

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología pruebas cruzadas eritrocitarias realizada pacientes hospitalizados y ambulatorios menores y mayores de 15 años.

Registrar resultados por Pruebas Cruzadas:

- Compatible (Negativo)
- Incompatible (Positivo)

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia

Sección G.5: Fenotipo eritrocitario (CS-BS-UMT)

Definiciones conceptuales y operacionales:

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología fenotipo eritrocitario realizado a donantes y pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Registrar resultados por sistema hallado e indicando el Fenotipo:

a) SISTEMA Rh

- DCce
- DCe
- DCcEe
- Dce
- DcEe
- DcE
- DCEe
- DCcE
- DCE
- ce
- Cce
- cEe
- CcEe

b) SISTEMA KELL

- K-k+
- K+k+
- K+k-

c) SISTEMA DUFFY

- Fy(a+b-)
- Fy(a+b+)
- Fy(a-b+)
- Fy(a-b-)

d) SISTEMA KIDD

- Jk(a+b-)
- Jk(a+b+)
- Jk(a-b+)

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección G.6: Prueba de antiglobulina directa en pacientes (BS-UMT)

Definiciones conceptuales y operacionales:

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología prueba de antiglobulina directa realizada a donantes y pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Registrar cada prestación de Prueba De Antiglobulina Directa según antisuero utilizado:

- Poliespecifico
- Monoespecifico IgG
- Monoespecifico C3d

Registrar cada prestación de Prueba De Antiglobulina Directa según resultado:

- Positivo
- Negativo

- Indeterminado

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección H: Aféresis (UMT-BS-CS)

Definiciones conceptuales y operacionales:

Corresponde registrar las prestaciones de aféresis realizada a donantes de sangre y pacientes hospitalizados en unidades de pacientes críticos.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección H.1: Aféresis de donación (UMT-BS-CS)

Definiciones conceptuales y operacionales:

Corresponde registrar las prestaciones de aféresis realizada a donantes de sangre

Registrar los procedimientos de donación:

- Procedimientos para obtención de Glóbulos Rojos
- Procedimientos para obtención de Plaquetas
- Procedimientos para obtención de Plasma
- Procedimientos para obtención de Leucocitos
- Procedimientos para obtención de Progenitores Hematopoyéticos Periféricos autólogos
- Procedimientos para obtención de Progenitores Hematopoyéticos Periféricos alogénicos
- Procedimientos para obtención de Progenitores Hematopoyéticos desde Médula Ósea autólogo
- Procedimientos para obtención de Progenitores Hematopoyéticos desde Médula Ósea alogénico
- Procedimientos para obtención de plasma convaleciente o hiperinmune

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección H.2: Aféresis terapéutica (UMT-BS)

Definiciones conceptuales y operacionales:

Corresponde registrar las prestaciones de aféresis realizada a pacientes hospitalizados en unidades de pacientes críticos:

- Procedimientos de Recambio de Glóbulos Rojos
- Procedimientos de Recambio Plasmático
- Procedimientos de Depleción de Glóbulos Rojos
- Procedimientos de Depleción de Plaquetas
- Procedimientos de Depleción de Leucocitos
- Procedimientos de Fotoféresis

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

REM A26: ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y EN OTROS ESPACIOS

Actividad, visita domiciliaria integral: Relación establecida entre uno o más integrantes de la familia y uno o más miembros del equipo de salud, en el lugar de residencia de esta, motivada por un problema de salud individual (caso índice) o familiar.

SECCIONES DEL REM-A26

- **Sección A:** Visitas domiciliarias integrales a familias (Establecimientos APS)
- **Sección A.1:** Visitas domiciliarias integrales a personas con dependencia severa y sus cuidadores.
- **Sección A.2:** Ingresos, egresos y traslados al Programa de Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa.
- **Sección B:** Otras visitas integrales
- **Sección C:** Visitas con fines de tratamientos y/o procedimientos en domicilio a personas con Dependencia.
- **Sección D:** Rescate de pacientes insistentes
- **Sección E:** Otras visitas Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria
- **Sección F:** Visita a establecimiento educacional Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) en Atención Primaria
- **Sección G:** Consultas y controles de especialidad resueltas por visitas domiciliarias.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A26

Visita Domiciliaria Integral (VDI): Actividad que puede ser solicitada por la familia o sugerida por el equipo, con la finalidad de: identificar elementos del entorno o de la dinámica familiar o realizar intervenciones, todas ellas como parte de un plan de acción.

Con el fin de mejorar la pertinencia y a la efectividad de las acciones en salud. Incluye el hogar y/o lugar de residencia, por lo tanto, se considera el lugar de residencia de las personas en situación de institucionalización (Hogares).

NO incluye lugar de trabajo, escuela y organizaciones comunitarias del territorio.

Sección A: Visitas domiciliarias integrales a familias (Establecimientos APS)

Definiciones conceptuales:

Es una estrategia de entrega de servicios de salud Integral con foco promocional y preventivo (prevención primaria, secundaria y terciaria) realizada en el domicilio, dirigida a las personas y sus familias en riesgo biopsicosocial, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y la familia para favorecer el desarrollo biopsicosocial saludable.

Incluye la promoción de mejores condiciones biológicas ambientales y relacionales, se inserta en un el marco de un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son expuestos a la familia durante el proceso de atención, y son construidos entre el equipo de salud y la familia y/o cuidadores y realizados por profesionales y/o técnicos con las competencias requeridas"

Agente comunitario: Es un miembro voluntario de la comunidad que es elegido por esta o identificado como tal por los equipos de salud. Está capacitado para orientar en prevención y promoción de prácticas de salud mental a las personas, familias y comunidades, a través del trabajo con organizaciones locales y en coordinación con los equipos de salud mental. Al ser una labor sin vinculación contractual con los nodos y puntos de atención de salud mental, facilita que esta persona cumpla un rol distinto al institucional, favoreciendo su cercanía con la comunidad, su reconocimiento y liderazgo.

En el caso de las **visitas integrales**, se pueden distinguir dos tipos de visita en relación al momento y objetivo de ella:

a) **Primera visita (Visita Domiciliaria Integral de Primer Contacto):** Es aquella visita a la familia que se realiza por primera vez en el domicilio, considerando la situación particular de riesgo que la motivó.

   Se realiza fundamentalmente para establecer el primer contacto, fortalecer el vínculo con la familia, completar el diagnóstico (estudio de familia, idealmente comenzado en el establecimiento) y planificar las siguientes intervenciones, junto con la familia.

b) **Segunda y tercera visita (Visita Domiciliaria Integral de Seguimiento):** Son aquellas visitas posteriores a la primera visita, que son parte de un plan de intervención familiar, en donde se considera a la VDI como parte de la estrategia para dar respuesta a este plan.

   A pesar de que en estos momentos la gran mayoría de las familias, son visitadas en una oportunidad, se espera que se considere, la realización de una serie VDI, sobre todo en aquellas situaciones de riesgo, que están priorizadas en las directrices técnicas y en donde hay evidencia, que hay impacto favorable al realizarlas.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de VDI realizadas a las familias, según los diversos conceptos que representan el caso índice que motiva la visita a la familia. Se debe registrar la visita integral que realizó el equipo de salud de acuerdo con el caso índice, aunque se hayan detectado y revisado otras situaciones de riesgo en la misma visita. Por esta razón se debe priorizar una sola dimensión para su registro (lo que no significa que no se intervengan otros aspectos).

Se entiende que la visita realizada por el equipo de APS, debe ser registrada como una visita a la familia, independiente de cuantos profesionales asistan al domicilio.

Esta actividad debe ser acordada con la familia.

En "Visitas Domiciliarias Integrales" se registra la actividad realizada por un profesional, dos o más profesionales, un profesional y Técnico en Enfermería, con facilitador/a intercultural y/o Agente comunitario.

La condición de Multimorbilidad se registra para la familia con integrante con multimorbilidad crónica (excluye dependencia severa). En el contexto de dependencia severa, se registra para la familia con integrante con dependencia severa (excluye adulto mayor), más familia con adulto mayor dependiente severo.

Para el registro de la primera, segunda y tercera visita, se debe considerar el registro en relación a la causa que motivó la visita de primer contacto y que posteriormente origina las de seguimiento.

Todas las VDI de Salud en el contexto del Programa de Salud Mental en la APS se deben registrar en la fila de Familia con integrante con problema de Salud Mental.

En la columna "Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS" se debe registrar aquellas visitas, que se realizan en el marco del Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS. Estos usuarios presentan un riesgo psicosocial asociado a dificultades de adherencia al Centro de Salud, y son beneficiarios del Sistema Público de Salud. Incluye usuarios con distintos riesgos psicosociales. Se debe registrar el número total de visitas domiciliarias que se realizan con los usuarios que se encuentran ingresados al Programa.

Reglas de consistencia:

R.1: Las VDI registradas, deben ser desagregadas en las columnas según profesional o técnico en enfermería que realiza la acción.

R.2: El facilitador intercultural/agente comunitario debe realizar las VDI en compañía de un profesional, por lo tanto, su participación no se considera en la sumatoria del total.

Sección A.1: Visitas domiciliarias integrales a personas con dependencia severa y sus cuidadores

Definiciones conceptuales:

Visita Domiciliaria que se realiza a la persona en situación de dependencia severa, su cuidador y su entorno, dando origen a un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones promocionales, preventivas y terapéuticas a realizar.

El programa contempla un mínimo de 2 visitas domiciliarias integrales al año. En la primera visita, se considera la evaluación integral de la diada persona con dependencia severa y su cuidadora o cuidador. En esta VDI, se debe formular el Plan de Atención Integral Consensuado de la persona con dependencia severa y formular el Plan de Cuidado de la cuidadora o del cuidador.

En la segunda VDI se busca monitorear el estado de avance de los planes y además realizar adaptaciones en los objetivos si es que la situación lo amerita.

Si es necesario realizar más visitas integrales para reevaluar los planes, deben ser consignadas como tercera o más visitas de seguimiento.

Definiciones operacionales:

Se deben registrar en esta Sección la primera, segunda y tercera o más visitas de acuerdo con la condición de quien motiva la visita domiciliaria integral como caso índice, es decir, de la persona con dependencia, de acuerdo con las siguientes condiciones:

a) Familia con persona con demencia.

b) Familia con integrante dependiente severo en programa con enfermedad terminal.

c) Familia con integrante con dependencia severa (excluye adulto mayor).

d) Familia con adulto mayor dependiente severo.

Las condiciones de persona mayor con demencia y de integrante dependiente severo en programa con enfermedad terminal están contenidas dentro de las categorías de visita a familia con integrante con dependencia severa (excluye adulto mayor) y a familia con adulto mayor dependiente severo.

Todas las condiciones anteriores con certificación de dependencia severa, ya sea a través de índice Barthel o Certificado médico según lo indicado en la Orientación Técnica del Programa.

Adicionalmente se deben consignar la elaboración y evaluación de los planes de cuidado, evaluación de sobrecarga con Test de Zarit al cuidador y si la visita fue realizada a usuarios residentes en Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM u otro similar).

Por último, se debe también registrar si la visita fue realizada en población migrante, perteneciente a pueblos originarios y/o categorizados con multimorbilidad crónica.

Reglas de consistencia:

R.1: Un usuario en el programa puede tener sólo una "primera visita" y el total de "segundas visitas" no puede exceder el de las primeras.

Sección A.2: Ingresos, egresos y traslados al Programa de Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas que ingresan, reingresan, se trasladan y/o egresan al Programa de Atención Domiciliaria a personas en condición de Dependencia Severa. El ingreso debe ser realizado por el equipo de salud tras una puntuación igual o menor a 35 puntos como resultado de la aplicación del Índice de Barthel o un certificado médico en el caso de niños cuando la condición no se susceptible de ser medida con este índice (ejemplo, dependencia de origen psíquico).

Definiciones operacionales:

Se registra el número de personas con nivel de dependencia severa que ingresan, reingresan, se trasladan a otro establecimiento y/o egresan del programa, según edad y sexo de las personas y por causalidad de egreso.

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

Reglas de consistencia:

R.1: La suma de las causales de egreso debe ser igual al total de egresos.

R.2: Los ingresos y egresos de las personas con dependencia severa registradas en la Sección J del REM A05, deben estar incluidos en esta sección.

Sección B: Otras visitas integrales

Definiciones conceptuales:

Corresponde a un conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza fuera del domicilio, en lugares de trabajo, colegios, salas cunas o jardines infantiles, para atender requerimientos de tipo preventivo y que los realiza uno o más miembros del equipo de salud del establecimiento del nivel primario o secundario. Una excepción de ello son los niños(as) o personas institucionalizadas, ya que la institución donde viven, se considera su domicilio.

Visita Integral de Salud Mental (del nivel secundario): Actividad que se realiza en terreno por integrantes del equipo de especialistas en salud mental y psiquiatría, a personas en las que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar trastorno mental y a personas con diagnóstico de un trastorno mental.

Incluye:

- Visitas a domicilio (nivel secundario)
- A lugar de trabajo
- A establecimientos educacionales.
- Grupo comunitario

Visita epidemiológica: Corresponde a una actividad programada que está destinada principalmente a hacer una investigación epidemiológica del caso índice de una enfermedad que está bajo vigilancia, de un evento emergente o de algún evento de riesgo para la población.

Visitas en sector rural: Son aquellas realizadas por equipos de APS como de Nivel Secundario en las comunas rurales.

Otras visitas: Pueden ser realizadas por equipos de APS como de Nivel Secundario, y que no están contenidas en las definiciones anteriores.

Para el Programa de atención domiciliaria de personas con dependencia severa, se establece que, en esta sección, el registro de la primera y segunda visita ya sea en su domicilio, residencias o establecimientos de larga estadía según corresponda.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número de visitas integrales contenidas en otros conceptos y lugares de visita, como lo son lugares de trabajo, jardines infantiles, etc.

Las Visitas Integrales de Salud Mental: Se deben registrar las visitas realizadas a personas en las que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar trastorno mental y a personas con diagnóstico de un trastorno mental, que pertenecen al Programa de Salud Mental. Sólo registra el nivel de especialidad o Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM).

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C: Visitas con fines tratamientos y/o procedimientos en domicilio a personas con dependencia.

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las atenciones entregada por profesionales del equipo de salud a la persona con dependencia leve, dependencia moderada o dependencia severa en su propio hogar, con el fin de realizar acciones de diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación, es decir, cualquier actividad que pudiendo haberse realizado en el establecimiento se realiza en el domicilio por problemas de acceso o dependencia, entendiendo que el nivel de complejidad de los problemas a resolver no requiere la hospitalización ni la institucionalización del sujeto y que cuenta con una red de apoyo.

Contempla aquellas atenciones que derivan del plan de cuidados y aquellas que se requieran de acuerdo con el curso de vida, plan de salud familiar, garantías, o por requerimientos de atención de morbilidad.

En el caso de las visitas a personas con nivel de dependencia severa pertenecientes al programa, las visitas pueden ser:

- **Entrega de Fármacos / Alimentos en domicilio:** Corresponde a la entrega en domicilio de los fármacos de acuerdo con receta prescrita por profesional habilitado del establecimiento, y/o de los productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria que corresponda de acuerdo a curso de vida y condición de salud, definidas en normativa vigente.
- **Atención Farmacéutica domicilio:** Es la atención profesional otorgada por el Químico Farmacéutico, en el domicilio del paciente. Esta actividad incluye seguimiento farmacoterapéutico, detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM), consejería, determinación de plan de acción sistematizado y documentado con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y obtener resultados precisos que mejoren o mantengan la calidad de vida de la persona dependiente severa.
- **Atención Nutricional a personas con indicación de NED:** Es la atención domiciliaria realizada por profesional Nutricionista para todas las personas en dependencia severa que se encuentra con indicación de Nutrición enteral Domiciliaria (NED) desde el nivel de especialidad a través de la Ley de Tratamientos de Alto Costo. La visita tiene fines de educación para el cuidador en cuanto a la entrega de la formula, cuidados de la persona con dependencia severa y cuidados del equipo, evaluación de estado nutricional y seguimiento en cuanto a la indicación de NED.
- **Atención de podólogo**: Corresponde a una prestación de salud, realizada por podólogo en el domicilio, destinada a la prevención y tratamiento de las complicaciones de pie diabético u otros.
- **Atención de Morbilidad médica:** Es la atención profesional otorgada por el Médico en el domicilio de la persona con dependencia severa, que incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas.

- **Visitas con otros fines a personas con dependencia severa**: Corresponden a cualquier contacto que se realice con el paciente que no sea parte de una visita integral (ej. toma de presión arterial, verificación de domicilio, etc.)
- **Telemedicina / Teleasistencia:** corresponde al uso de las tecnologías de la información con el propósito de o de monitorear, orientar, y realizar seguimiento de alguna situación de salud, o brindar una atención profesional de salud. Esta actividad debe estar enmarcada dentro de las Políticas de Seguridad de Información emanadas por MINSAL y Ley de derechos y deberes del paciente.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registra el número de visitas realizadas según profesional, Técnico de Enfermería u otro. Se deben considerar las atenciones en domicilio destinadas a realizar tratamientos terapéuticos, aun cuando en ellas se efectúen acciones preventivas y de consejería. Se registrarán cada vez que se realicen.

El registro debe indicar si la visita fue realizada en Pueblos Originarios, Migrantes, Multimorbilidad Crónica y Población ELEAM o Institucionalizada.

Regla de consistencia:

R.1: El total de visitas corresponde a la suma de las visitas realizadas por profesional, Técnico en enfermería y otros, si en una misma visita va más de un integrante del equipo de salud se registra sólo una vez.

R.2: El total de atenciones realizadas a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, Migrantes, con Multimorbilidad crónica o de ELEAM, debe ser menor o igual al total.

Sección D: Rescate de pacientes insistentes

Definiciones conceptuales:

En esta sección se registra la actividad que se realiza para reincorporar a los pacientes que han permanecido inasistentes en los diferentes programas de control que el establecimiento desarrolla.

Respecto a la población infantil (0 a 9 años), se considera un niño o niña inasistente a control de salud infantil a aquellos que no acudieron a su último control sano en la fecha que estaban citados y que se encuentran en los plazos máximos de inasistencia según edad.

Definiciones operacionales:

Rescate en domicilio: En estas columnas se debe registrar el número de rescates de pacientes en terreno que realiza el funcionario Técnico en Enfermería, administrativo u otro.

Rescate telefónico: Se debe registrar el rescate realizado a través de llamada telefónica efectiva, desde el establecimiento, o bien si es realizado por empresa contratada a través de la modalidad de compra de servicio.

Las actividades que son resueltas mediante compra de servicio no deben ser incluidas como producción del establecimiento.

Reglas de consistencia:

R.1: El total corresponde a la suma de los rescates en domicilio y rescates telefónicos, excluyendo en ambos casos la compra de servicio.

Sección E: Otras visitas Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria

Definiciones conceptuales:

El programa considera la realización de otras visitas, previo consentimiento de las personas y/o sus cuidadores, estas visitas se orientan principalmente en espacios laborales y educacionales.

Son consideradas como una acción que contribuye a asegurar los objetivos vincular o re-vincular a la persona con alto riesgo psicosocial a las acciones de salud, en particular con la APS y la red de salud en general, como también articularse con otros sectores como educación, entre otros.

Definiciones operacionales:

Establecimiento educacional: Se debe registrar la visita que el equipo de salud realiza el establecimiento educacional del cual forma parte el usuario ingresado a programa. Sólo deben registrarse las visitas que son realizadas en el marco del programa, señalando el número total de visitas. Se contempla para la actividad un tiempo de duración de 90 minutos por cada usuario, incluyendo los traslados.

Lugar de trabajo: Se debe registrar la visita que el equipo de salud realiza al lugar de trabajo, ya sea del usuario o sus padres/cuidadores. Sólo deben registrarse las visitas que son realizadas en el marco del programa, señalando el número total de visitas. Se contempla para la actividad un tiempo de duración de 90 minutos por cada usuario, incluyendo los traslados.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F: Visita a establecimiento educacional Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) en Atención Primaria

Definiciones conceptuales:

Corresponde a visitas que realiza el equipo de salud al establecimiento educacional al cual asiste el niño(a) que se encuentra en el programa de salud mental infantil.

La visita puede estar en el contexto de recabar información para la evaluación diagnóstica y/o para establecer estrategias conjuntas entre el equipo de salud y el equipo educacional que favorezcan el tratamiento de salud de niños y niñas.

Definiciones operacionales:

Se registra el total de visitas realizadas por el equipo de salud a establecimientos educacionales a los cuales asisten niños(as) que se encuentran en el programa de salud mental infantil y el número de niños y niñas que recibieron visita en establecimiento educacional.

Regla de consistencia:

R.1: El total de niños(as) visitados no puede ser superior al total de visitas realizadas.

Sección G: Consultas y controles de especialidad resueltas por visitas domiciliarias

Definiciones conceptuales y operacionales:

Es una modalidad de prestación de salud en domicilio, dirigida a las personas y sus familias en riesgo biopsicosocial, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y la familia.

Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas, se inserta en el marco de un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son expuestos a la familia durante el proceso de atención, y son construidos entre el equipo de salud y la familia y/o cuidadores y realizados por profesionales y/o técnicos con las competencias requeridas.

No son Visitas Domiciliarias las verificaciones de domicilio y las citaciones de horas.

En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente, por el adolescente). En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

Las visitas que no cumplan con la definición anterior no podrán ser consideradas como visitas efectivas y no deben ser consideradas en este registro.

Reglas de consistencia:

Esta sección no requiere reglas de consistencia.

REM A27: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Promoción de Salud, es una piedra angular de la APS y una función esencial de salud pública; el fundamento de su desarrollo se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, dándose un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico. Por lo tanto, es la estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando aspectos sociales, culturales, ambientales, etc., tanto para el individuo mismo, como para toda la sociedad.

SECCIONES DEL REM A27

- **Sección A:** Personas que ingresan a educación grupal, según áreas temáticas y edad.
- **Sección B:** Actividades de educación para la salud, según personal que las realiza (Sesiones).
- **Sección C:** Educación grupal a gestantes de Alto Riesgo Obstétrico (Nivel Secundario).
- **Sección D:** Talleres Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes".
- **Sección E:** Talleres Programa Vida Sana.
- **Sección F:** Intervenciones por patrón de consumo alcohol, tabaco y otras drogas.
- **Sección G:** Personas que ingresan a talleres para padres del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI).
- **Sección H:** Organizaciones sociales de la red del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- **Sección I:** Servicios de la red del Programa más Adultos Mayores Autovalentes.
- **Sección J**: Talleres grupales de lactancia materna en Atención Primaria.
- **Sección K:** Intervenciones posterior al Tamizaje de Salud Mental.
- **Sección L:** Trabajo sectorial de información y sensibilización PRAIS.
- **Sección M:** Educación para programa de Salud Cardiovascular.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A27

La promoción de la salud se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud.

Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a educación grupal para comenzar con un proceso programado de interacción con fines educativos, desagregado en las distintas áreas temáticas de prevención enfocadas a madres, padres o cuidadores menores de 9 años, adolescentes, adultos y adultos mayores. También se incluyen otros grupos de riesgo como las gestantes, gestantes de alto riesgo obstétrico, y familias con vulnerabilidad.

La educación grupal está enfocada principalmente en el Programa Chile Crece Contigo, IRA-ERA, Dental, Alcohol y Drogas, Salud mental, violencia entre otros.

Talleres de Climaterio: Actividades educativas e informativas grupales, de carácter interactivo vivencial, permite compartir conocimientos, experiencias, reflexionar, analizar y adquirir un conjunto de habilidades que harán posible una buena actitud frente a la vida y una mejor adaptabilidad a los cambios en etapa de climaterio.

Visita guiada a la maternidad: Actividad educativa para un grupo no mayor a 10 mujeres y sus parejas o acompañantes, realizada en las dependencias del Servicio de Obstetricia y Ginecología que tiene como finalidad el apoyo cognitivo, emocional y la preparación para el nacimiento, reduciendo la expectación ansiosa en torno al mismo.

En aquellas comunas con alta dispersión geográfica, donde la visita guiada presencial a la maternidad se dificulta, se debe realizar la última sesión educativa, aunque sea en el mismo establecimiento de atención primaria con ayuda de materiales audiovisuales (video, fotos o alguna presentación gráfica) que le permitan a la gestante y su familia conocer el lugar del nacimiento. La visita a la maternidad no debe dejar de realizarse por razones de distancia geográfica.

Nadie es Perfecto (NEP): Taller que promueve las habilidades parentales o de crianza en los adultos encargados del cuidado de los niños a través del aumento de conocimientos sobre desarrollo infantil y de conductas positivas en el manejo de niños y niñas de 0 a 5 años.

Los talleres son desarrollados por facilitadores entrenados en la modalidad NEP.

Nadie es Perfecto-PASMI: En el programa de apoyo a la salud mental infantil (PASMI), es un taller dirigido a padres, madres y cuidadores de niños y niñas de 5 a 9 años que quieran desarrollar o mejorar sus habilidades parentales para la prevención y manejo de conductas disruptivas.

Los talleres son desarrollados por facilitadores entrenados en la modalidad NEP-PASMI.

Familias Fuertes: Es una intervención primaria de capacitación en habilidades de crianza y relación familiar para prevenir conductas de riesgo en jóvenes entre 10 y 14 años de edad. Forma parte de la Estrategia Regional para mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Su finalidad es promover estilos de crianza positivos, incluyendo habilidades de comunicación, potenciación de vínculos efectivos con los hijos. En los adolescentes se promueven habilidades de resistencia a presión de pares, relaciones de pares pro sociales, manejo positivo de emociones y empatía con los padres. Está dirigido a familias con hijos entre 10 y 14 años, etapa de adolescencia temprana, período clave para la prevención de conductas de riesgo, que aún no se han presentado o recién se están instalando.

Para el programa de salud mental es necesario señalar la diferencia entre promoción y prevención:

Promoción de salud mental: Taller de promoción de la salud mental que debe fomentar la adquisición de habilidades y competencias sociales para el autocuidado, y generación de estilos de vida saludable, puede incluir temáticas de desarrollo de la autoestima, autoeficacia, relaciones positivas, autonomía, auto aceptación, propósito en la vida o proyectos de vida, o salud mental positiva.

Prevención de salud mental: Talleres preventivos orientados a evitar la aparición de un problema de salud mental. Se pueden realizar talleres de contenidos diversos como prevención del consumo y abuso de alcohol, del maltrato infantil, del suicidio, manejo del estrés y resolución de conflictos, entre otros.

Los talleres de prevención de salud mental incluyen las siguientes temáticas para el registro:

- Prevención Suicidio
- Prevención Trastorno Mental
- Prevención Alcohol y drogas

Uso racional de medicamentos**:** Actividades grupales realizadas por el químico farmacéutico, con el fin de entregar información a través de un lenguaje claro y apropiado para el público objetivo y educación a pacientes y cuidadores sobre los medicamentos, además de estimular la participación comunitaria y promover la responsabilidad del individuo en el uso racional de medicamentos.

En el uso racional se pueden incluir temáticas como el funcionamiento, la conservación, preparación o administración de medicamentos (formas farmacéuticas, horarios idóneos para tomar los medicamentos, evitar o facilitar la administración con determinados alimentos, etc.) y plantas medicinales, así como también educaciones grupales en patologías crónicas y sus medicamentos asociados.

También existen temas como adherencia terapéutica y su importancia, interacciones farmacológicas, automedicación, optimización de la terapia farmacológica, abuso de medicamentos, cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos producidos por el envejecimiento y problemas de salud que inciden en el efecto de los medicamentos, trastornos del sueño y otros.

Resistencia a antimicrobianos: Se produce cuando los microorganismos, sean bacterias, virus, hongos o parásitos, sufren cambios que hacen que los medicamentos utilizados para curar las infecciones dejen de ser eficaces. Los microorganismos resistentes a la mayoría de los antimicrobianos se conocen como ultrarresistentes. La resistencia a los antimicrobianos es el término más amplio para la resistencia de diferentes tipos de microorganismos y abarca la resistencia a los medicamentos antibacterianos, antivirales, antiparasitarios y fungicidas. Esto fenómeno ocurre de forma natural, pero se ve facilitado y acelerado por el uso inadecuado de medicamentos antiinfecciosos.

Resistencia a antimicrobianos debe contener aspectos como las causas, la responsabilidad personal y del sistema de salud, los riesgos a la salud de la población y métodos de cómo prevenirla, junto con campañas de disminución del uso injustificado de antimicrobianos y elaboración de protocolos clínicos en el marco de la vigilancia de antimicrobianos, según el plan nacional contra la resistencia a los antimicrobianos.

Definiciones operacionales:

Personas que ingresan a Educación Grupal: el dato a consignar es el número de personas que ingresan a Educación Grupal, según áreas temáticas de prevención, talleres y por grupos de edad.

Es importantes destacar que en la columna de Gestantes (APS y Maternidad), Gestantes Alto Riesgo Obstétrico, Mujeres en edades de Climaterio 45 a 64 años y Familias en Riesgo, ya se encuentran consignadas en el Total, porque estos datos se registran según el área temática por la edad respectiva.

Promoción de salud mental**:** Se registran el número de usuarios que participaron, y una vez terminado el taller se registran y no al cierre de cada sesión.

Prevención salud mental: Se registran el número de usuarios que participaron, y una vez terminado el taller se registran y no al cierre de cada sesión.

Nadie es perfecto-PASMI: Se registran el número de número de personas de 5 a 9 años cuyos padres, madres y cuidadores ingresan a Educación Grupal por el programa de apoyo a la salud mental infantil.

Familias Fuertes: En "Madre, Padre o cuidador 10 a 14 años: consignar el número de estos en relación al grupo de 10 a 14 años y en Grupo de edad 10 a 14 años colocar el número de adolescentes de ese rango.

En Espacios Amigables Adolescentes se debe colocar e número de talleres realizados.

Regla de consistencia:

R.1: En el caso de madre, padre o cuidador, el registro debe ser según la edad del menor, y no desagregar por la edad de ellos.

R.2: El registro de familias en riesgo, Pueblos Originarios, migrantes y espacios amigables de debe ser menor o igual al total y desagregado por rango etario.

Sección B: Actividades de educación para la salud, según personal que las realiza (sesiones)

Definiciones conceptuales:

Actividades preventivas de estilos de vida saludables que ayuden a mantener y/o retardar procesos crónicos, como también actividades de prevención secundaria realizadas en grupo.

Definiciones operacionales:

Se registra el número sesiones educativas según sea un profesional o equipo de salud que las realiza, desagregadas por áreas temáticas.

Regla de consistencia:

R.1: Cuando la actividad es realizada por dos o más profesionales o acompañados por TENS en forma simultánea, se registra la actividad, en la columna que corresponda y si se requiere disponer registros del tiempo utilizado por estas personas se debe mantener para uso interno del establecimiento, las horas ocupadas individualmente.

Sección C: Educación grupal a gestantes de alto riesgo obstétrico (Nivel Secundario)

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la educación para gestantes con distintos factores de riesgo obstétrico perinatal, enfocado en el cuidado de patologías que afectan su periodo de gestación, atenciones y cuidados para la preparación del parto, y taller de educación prenatal.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número total de sesiones en educación grupal que se realizan a las gestantes que se encuentran en control de Alto Riesgo Obstétrico en el nivel secundario, en los temas de autocuidado según sus patologías, en la preparación para el parto y en los talleres programados para la educación prenatal.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Talleres Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"

Definiciones conceptuales:

Sesión de taller: Corresponde a la reunión grupal entre los adultos mayores participantes del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" y la dupla profesional, para el desarrollo de las actividades propias al proceso de estimulación funcional de los adultos mayores de acuerdo con cada taller, con una duración entre 45 y 60 minutos.

Estimulación de Funciones Motoras y Prevención De Caídas**:** Ciclo de actividades específicas, planificadas y realizadas en forma participativa y graduada, guiadas por la dupla profesional del Programa, orientadas a la estimulación de funciones motoras y prevención de caídas de los adultos mayores participantes beneficiarios del programa, de acuerdo con los contenidos entregados en el Programa Más "Adultos Mayores Autovalentes" y en la Orientación Técnica.

Estimulación de Funciones Cognitiva**:** Ciclo de actividades específicas, planificadas y realizadas en forma participativa y graduada, guiadas por la dupla profesional del Programa, orientadas a la estimulación de funciones cognitivas de los adultos mayores participantes beneficiarios del programa, de acuerdo con los contenidos entregados en el Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" y en la Orientación Técnica.

Autocuidado y Estilos de Vida Saludable**:** Ciclo de actividades específicas, planificadas y realizadas en forma participativa y graduada, guiadas por la dupla profesional del programa, orientadas al autocuidado y estilos de vida saludable de los adultos mayores participantes beneficiarios del programa, de acuerdo con los contenidos entregados en el Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" y en la Orientación Técnica.

Participantes**:** Corresponde a los adultos mayores que integran el Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes", que asisten a cada sesión.

Definiciones operacionales:

En Sesión de Taller corresponde registrar el número total de sesiones realizadas por taller efectuadas durante el período a informar.

En Participantes corresponde registrar el número total de adultos mayores que han asistido a los talleres, durante el mes informado.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Talleres Programa Elige Vida Sana

Definiciones conceptuales:

Círculos de actividad física: La actividad física grupal para el Programa "Elige Vida Sana", comprende las sesiones realizadas por los profesionales preparados para estas actividades.

Círculos de Vida Sana: Son las sesiones de cada taller realizado por la Dupla Nutricionista-Psicólogo.

Actividades masivas: Son todas las actividades recreativas familiares que realicen los equipos del programa Elige Vida Sana.

Participantes: Corresponde a los usuarios que integran el programa Vida Sana, que asisten a cada sesión.

Definiciones operacionales:

Círculos de Actividad Física: Se registra el número total de sesiones de actividad física realizadas en el mes. También se debe registrar el número total de participantes que asiste a estas actividades, desagregado por si son madre, padre o cuidador de niños y por edad.

Círculos de Vida Sana**:** Para los talleres realizados por la dupla Nutricionista-Psicólogo se registra el número total de sesiones de educación grupal que se realizan a los usuarios del Programa elige Vida Sana y el total de participantes que asiste, desagregado por si son madre, padre o cuidador de niños y por edad.

Actividades Masivas**:** Se registran el número total de las actividades recreativas familiares que se realizan a los usuarios del programa elige vida sana y sus familias, y el total de participantes que asiste, desagregado por si son madre, padre o cuidador de niños y por edad.

Reglas de consistencia:

R.1: Cuando una actividad es conducida por dos o más profesionales en forma simultánea, se registra una sola actividad, consignándola al profesional principal.

Sección F: Intervenciones por patrón de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

Definiciones conceptuales:

La intervención individual por patrón de consumo se realiza a las personas que son detectadas con riesgo o problema de consumo de alcohol y/o otras sustancias. El riesgo se clasifica en bajo, intermedio o alto riesgo. La detección del nivel de riesgo se descubre mediante la aplicación de instrumentos (AUDIT, ASSIST, CRAFFT) que realiza el profesional en cualquier atención de salud (EMP, EMPAM, entre otros).

Las intervenciones establecidas por el programa se realizan de acuerdo al nivel de riesgo arrojado en la aplicación del tamizaje, las cuales se dividen en tres grupos:

- **Intervención Mínima (resultado de bajo riesgo):** Dirigida a los consultantes clasificados como Bajo Riesgo de consumo, de acuerdo a evaluación AUDIT-C/AUDIT o CRAFFT o ASSIST. La intervención mínima consiste en reforzar el no consumo o el consumo de bajo riesgo del consultante. Esta intervención debe ser realizada en el mismo momento de la evaluación realizada por el funcionario de salud.
- **Intervención Breve o Motivacional (resultado de riesgo o riesgo intermedio):** Dirigida a los consultantes clasificados con Consumo de Riesgo, de acuerdo a evaluación AUDIT, o CRAFFT o ASSIST. La "intervención breve" consiste en una intervención motivacional con el objeto de reducir el consumo de riesgo, determinación de metas para reducir el consumo, y, disposición de estrategias breves y acotadas de gestión del cambio, con el objetivo de disminuir consumos de riesgo o, en algunos casos, apoyar el cese del consumo. Debe ser realizada en el mismo momento de la evaluación realizada por el funcionario de salud. Está diseñada para realizarse en una sesión y, hasta cuatro sesiones, en el caso de las/los adolescentes. Se realizan 2 intervenciones para implementar estrategias de motivación y cambio y, eventualmente, 2 intervenciones adicionales para derivar a programas de prevención selectiva o indicada, cuando corresponda.
- **Intervención de Referencia Asistida (resultado de alto riesgo):** Dirigida a los consultantes clasificados con posible consumo problema o dependencia, de acuerdo a evaluación AUDIT, o CRAFFT o ASSIST. La referencia asistida es a una confirmación diagnóstica y evaluación clínica para acceder a tratamiento de salud mental en APS. La referencia asistida es una intervención breve o motivacional que tiene como objetivo motivar al usuario/a buscar tratamiento adicional, animarlo y darle confianza con respecto a la eficacia del tratamiento, así como información sobre lo que incluye y cómo tener un mejor acceso a este. Está diseñada para realizarse en una y hasta cuatro sesiones. En la eventualidad que se tomen cuatro sesiones, se debe hacer un plan de referencia asistida y asegurar que la persona pueda contar con una cita para la confirmación diagnóstica.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registran el número de intervenciones individuales realizadas en el periodo a personas que se les aplicó tamizaje para la detección del consumo de alcohol y otras sustancias.

Las intervenciones deben ser registradas según tipo de intervención (mínima, breve o de referencia asistida), según clasificación de riesgo por patrón de consumo, desagregada por edad y sexo de las personas que recibieron la intervención.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección G: Personas que ingresan a talleres para padres del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la versión del Taller Nadie es Perfecto diseñado para la población de padres, madres y cuidadores de niños(as) de 5 a 9 años con problemas de conducta, en el contexto del Programa de Salud Mental Infantil (PASMI).

Consiste en una intervención grupal de 4 sesiones que promueve las competencias parentales en torno a la crianza de este grupo etario.

Los talleres son desarrollados por facilitadores entrenados en la modalidad NEP PASMI conducta.

Definiciones operacionales:

Total de padres, madres y cuidadores de niños(as) de 5 a 9 años que ingresan al taller: Se registran las personas que ingresan por primera vez a educación grupal.

Total de talleres realizados: Se considera taller el proceso de educación grupal con una sesión de inicio y una sesión final.

Total de sesiones realizadas: Se registra el número total de sesiones realizadas en el contexto del taller NEP PASMI.

Regla de consistencia:

R.1 El total de sesiones no puede ser inferior al total de talleres realizados.

R.2: En el caso de madre, padre o cuidador, el registro debe ser según la edad del niño o niña, y no desagregar por la edad del adulto.

Sección H: Organizaciones sociales de la red del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Definiciones conceptuales:

Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes:

Corresponden a las Organizaciones Formales de Adultos Mayores o destinadas al trabajo con personas mayores, que hayan accedido a participar del componente 1 del Programa y en que el Programa se ejecute según lo indicado. La formalidad de la organización se establece según el reconocimiento legal establecido a través de la personalidad jurídica vigente. El tipo de organización se determina según sea expresado en la personalidad jurídica vigente.

Como Organización Informal se entienden aquellas organizaciones sin personalidad jurídica vigente y que tengan un funcionamiento continuo de tres meses de duración antes del ingreso al programa.

Como Organización Informal se incluirán además a los grupos de personas mayores formados con apoyo del programa y que continúan como organización informal una vez terminada la intervención del componente 1, las cuales se registrarán como ingresadas al Programa sólo si participan en el proceso de capacitación de Líderes Comunitarios.

Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes:

Corresponde a organizaciones que formen parte de la red del programa y que cuenten con al menos un integrante capacitado como Líder Comunitario por el Programa.

Se considerará dentro de este registro también a las organizaciones que cuenten con líderes formados en años anteriores, que durante el período reciben una actualización de la capacitación

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar cada concepto, desagregado por tipo de organización: Clubes de adultos Mayores, Centros de Madres, Clubes Deportivos, Uniones Comunales de Adultos Mayores, Junta de Vecinos, Organizaciones Informales y Otras Organizaciones Formales.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere de reglas de consistencia

Sección I: Servicios de la red del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Definiciones conceptuales:

Servicios locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial): Corresponde a aquellos Servicios que dentro de la comuna o establecimiento dependiente de Servicio de Salud que desarrolla el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, forman parte del Catastro de Servicios Locales establecido por el programa y actualizado a la fecha. Cada Servicio se deberá registrar una única vez dentro del año.

Servicios locales con planes intersectoriales para el fomento del autocuidado y estimulación funcional desarrollados junto al programa más adultos mayores autovalentes: Corresponden a aquellos Servicios Locales que formen parte del catastro de Servicios Locales y con los que el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes formalice acciones de integración de la red, mediante Planes Intersectoriales para el Fomento del Autocuidado y Estimulación funcional, definiendo objetivos y acciones para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo que favorezcan el acceso y participación de las personas mayores.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar cada concepto desagregado por tipo de servicio: Unidad Municipal de Personas Mayores, Unidad Municipal de Atención Social, Unidad Municipal de Deportes, Unidad Municipal Turismo, Unidad Municipal Educación, Biblioteca Municipal, Unidad Cultura Municipal, Otras Unidades Municipales, Escuelas o Colegios, Universidades, Otras Unidades Externas al Municipio.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere de reglas de consistencia

Sección J: Talleres grupales de Lactancia Materna en Atención Primaria

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas que ingresan en la atención primaria a educación grupal de madres en periodo de amamantamiento, enfocados en la temática de lactancia materna. Se registra el número de sesiones de la temática por tramo de edad de los lactantes.

En el caso que se realice esta actividad grupal, con distintos tramos de edades, se debe considerar el tramo etario que predomine al grupo para el registro de la sesión.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el taller según la edad que presentan los niños y niñas de las madres participantes, por los siguientes rangos etarios:

- 0 a 29 días
- 1 mes a 2 meses 29 días
- 3 meses a 5 meses 29 días
- 6 meses a 11 meses 29 días

Regla de consistencia:

R.1: En el caso de madre, padre o cuidador, el registro debe ser según la edad del menor**.**

Sección K: Intervenciones posterior al Tamizaje de Salud Mental

Definiciones conceptuales:

En el marco de la estrategia de Detección Temprana de problemas de salud mental, se han definido algunas prestaciones que se realizan dentro del proceso, posterior a la aplicación del instrumento.

La consejería se realiza a todos los usuarios tamizados, mientras que la referencia solo se realiza a las personas que presentan algún tipo de riesgo, el cual se clasifica en bajo, medio o alto.

La detección del nivel de riesgo se realiza mediante la aplicación de diversos instrumentos (M-CHAT-R/F, PSC-17, PSC-Y-17, PHQ-9 Modificado para adolescentes, PHQ-9 para Adultos, CAPE-P15, Escala de Columbia, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage GDS-15) que realiza el profesional en cualquier atención de salud (control del niño sano, control del adolescente, EMP, EMPAM, entre otros).

Consejería en contexto de tamizaje: Esta intervención debe ser realizada para todos los usuarios a los cuales se les administró instrumento de tamizaje.

Referencia Asistida en contexto de tamizaje: Dirigida a los consultantes clasificados con riesgo alto en el instrumento de tamizaje u otro tipo de sospecha psicosocial detectada por el evaluador. La referencia asistida es una intervención breve o motivacional que tiene como objetivo motivar al usuario/a buscar tratamiento cuando lo requiere, animarlo y darle confianza con respecto a la eficacia de este, así como información sobre lo que incluye y cómo tener un mejor acceso.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registran el número de intervenciones individuales realizadas en el periodo a personas que se les aplicó tamizaje para la detección de problemas de salud mental.

Las intervenciones deben ser registradas según tipo de intervención (consejería o referencia asistida), según clasificación de riesgo de salud mental, desagregada por edad y sexo de las personas que recibieron la intervención.

Regla de consistencia:

R.1: El número de Consejerías debe coincidir con la suma de Resultados de Evaluación de Riesgos de la sección E del REM A-03.

Sección L: Actividades de educación para la salud, según personal que las realiza (sesiones) (PRAIS)

Definiciones conceptuales:

Esta sección corresponde a las actividades de educación para la salud, según personal que las realiza (sesiones)

Tienen el propósito de ser actividades preventivas de estilos de vida saludables que ayuden a mantener y/o retardar procesos crónicos, como también actividades de prevención secundaria realizadas en grupo.

Definiciones operacionales:

Se registra el número sesiones educativas según sea un profesional o equipo de salud que las realiza, desagregadas por áreas temáticas.

Reglas de consistencia:

R.1: Cuando la actividad es realizada por dos o más profesionales o acompañados por Técnico Paramédico en forma simultánea, se registra la actividad, en la columna que corresponda y si se requiere disponer registros del tiempo utilizado por estas personas se debe mantener para uso interno del establecimiento, las horas ocupadas individualmente.

R.2: Los registros de esta sección deben estar contenidos en la sección B.

Sección M: Educación para Programa de Salud Cardiovascular

Definiciones conceptuales:

Educación individual salud cardiovascular: Corresponde a la educación individual realizada por profesional de medicina, enfermería, nutrición, u otro integrante del equipo de salud cardiovascular, a personas con factores de riesgo cardiovascular, antecedente de ECV y/o enfermedades cardiovasculares diagnosticadas (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemia y/o ERC).

Se incluye educación sobre uso de insulina y automonitoreo de patologías cardiovasculares. No considerar en este registro las consejerías breves y/o educación incidental realizadas en los controles/consultas cv.

Este registro constituye la estadística de una actividad agendada, programada, idealmente con metodología EPA (educación para adultos)

Taller grupal multidisciplinario de Salud Cardiovascular: Corresponde a la educación grupal realizada por un equipo multidisciplinario (2 o más profesionales/técnicos del equipo de salud) a personas con factores de riesgo cardiovascular, antecedente de ECV y/o enfermedades cardiovasculares diagnosticadas (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemia y ERC).

Incluye talleres para personas con condiciones crónicas y adultos significativos.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de personas que asisten a educación individual o grupal, segregados por profesional o técnico en enfermería, en las educaciones individuales, y por edad, en educación individual y grupal.

Regla de consistencia:

R.1: El número de beneficiarios debe ser menor o igual al total

REM A28: REHABILITACIÓN INTEGRAL

El desarrollo del modelo de rehabilitación integral, bajo un enfoque biopsicosocial, tiene como objetivo responder a las necesidades de rehabilitación de las personas usuarias, dando cuenta de la diversidad y especificidad de los requerimientos de estas en los distintos nodos de la red, mejorando la eficiencia de las prestaciones de salud y promoviendo la mejora del funcionamiento y la prevención de la discapacidad.

SECCIONES DEL REM A28

- **Sección A**: **Atenciones de Rehabilitación Nivel Primario**.
- **Sección A.1:** Ingresos y egresos a atenciones de Rehabilitación en el Nivel Primario
- **Sección A.2:** Ingresos por condición de salud.
- **Sección A.3:** Evaluación Inicial.
- **Sección A.4:** Evaluación Intermedia.
- **Sección A.5:** Sesiones de Rehabilitación.
- **Sección A.6:** Procedimientos y Actividades.
- **Sección A.7:** Consejería Individual Agendada.
- **Sección A.8:** Consejería Familiar Agendada.
- **Sección A.9:** Intervenciones terapéuticas grupales.
- **Sección A.10:** Personas que logran participación en comunidad.
- **Sección A.11:** Actividades y participación.
- **Sección B Nivel Hospitalario**
- **Sección B.1:** Ingresos y Egresos a Rehabilitación Integral.
- **Sección B.2:** Evaluación Inicial.
- **Sección B.3:** Evaluación Intermedia.
- **Sección B.4**: Sesiones de Rehabilitación.
- **Sección B.5**: Derivaciones y continuidad en los cuidados.
- **Sección B.6:** Procedimientos y actividades.
- **Sección C: Ayudas Técnicas de Salud, Nivel APS y Hospitalario.**
- **Sección C.1:** Número de personas que reciben Ayudas Técnicas.
- **Sección C.2:** Número de Ayudas Técnicas entregadas por tipo.
- **Sección C.3:** Ayudas Técnicas por condición de salud.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A28

Todas las actividades de rehabilitación que realicen los profesionales de habilitación y rehabilitación deben ser registradas en este REM. (Salas de RBC, Salas RI, Equipos Rurales, Hospitales Comunitario). De acuerdo a las directrices del programa al que pertenezcan deberán registrar según se detalla en alguno de las siguientes estrategias:

Las estrategias establecidas por el Programa son:

1. **Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC):** Corresponde a salas de rehabilitación que cuentan con Equipo multidisciplinario de rehabilitación, en jornada completa (44hrs.)
2. **Rehabilitación Integral (RI):** Corresponde a salas de rehabilitación que cuentan sólo con Kinesiólogo en jornada de 33 hrs.
3. **Rehabilitación Rural (RR):** Esta estrategia contempla Equipo multidisciplinario de rehabilitación en jornada completa (44hrs.) desplazándose en forma conjunta por las comunas rurales.
4. **Rehabilitación NNA:** Esta estrategia contempla la rehabilitación en Niños, Niñas y Adolescentes que reciben intervenciones de un equipo de rehabilitación multidisciplinario.

Sección A: Atenciones de Rehabilitación Nivel Primario

Sección A.1: Ingresos y egresos a atenciones de Rehabilitación en el Nivel Primario

Definiciones conceptuales:

El modelo de rehabilitación integral a nivel de los centros de atención primaria y de los hospitales comunitarios de salud familiar considera tres líneas de desarrollo que se diferencian en las competencias instaladas, todas enmarcadas en una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad.

Ingresos**:** Corresponde a la incorporación de una persona al Programa de Rehabilitación para ser intervenida por el equipo. Una persona representa un sólo ingreso, aunque sea intervenido por más de un profesional.

Los ingresos se clasifican bajo los siguientes conceptos:

- **Ingresos con Plan de Tratamiento Integral (PTI):** Corresponde a la incorporación de una persona al Programa que cuenta con Plan de Tratamiento Integral. El plan contiene objetivos terapéuticos compartidos por el profesional y/o el equipo de rehabilitación y ha sido elaborado en conjunto con el usuario y/o su familia. EL PTI es uno sólo por persona, pudiendo tener objetivos de diferentes ámbitos, funcionales, laborales, etc.
- **Ingresos con Plan de Tratamiento Integral (PTI) con objetivos para el trabajo:** Persona que cuenta con objetivos de habilitación y rehabilitación para el trabajo contenidos en su PTI.
- **Ingresos de usuarios con cuidador:** Esta información registra el número de personas que ingresan al programa y que cuentan con cuidador por su grado de dependencia (requiere de apoyo para realizar una o más actividades de la vida diaria).
- **Reingresos:** Una misma persona puede reingresar una o más veces en el año, si a la evaluación presenta una condición para la ejecución de un nuevo Plan de Tratamiento Integral (PTI).
- **Ingresos con Plan de Tratamiento Integral del Cuidador (PTI)**: Corresponde al ingreso del cuidador con Plan de Tratamiento Integral (PTI), cuyos objetivos terapéuticos están destinados a la intervención de éste, manejo de problemas osteomusculares, dolor, cuidado postural, derivación a otros profesionales, etcétera. Cuando la intervención tiene por objetivo entregar herramientas para el cuidado se registra como prestación a la persona a la cual cuida.

Egresos: Corresponde al total de personas que dejan de recibir atención en el Programa de Rehabilitación Integral.

Los egresos se clasifican bajo los siguientes conceptos:

- **Egresos por Alta:** Corresponde al egreso cuando se han cumplido los objetivos terapéuticos del PTI, o requiere ser derivado a otro nivel de la red.
- **Egresos por Abandono:** Se considera egreso por abandono cuando la persona manifiesta su voluntad de abandonar la terapia, o cuando falta 3 o más veces sin avisar
- **Egresos por Fallecimiento:** Cuando la persona fallece.
- **Egresos por otras causas:** Corresponde a cualquier otra causa, traslado de domicilio, hospitalización prolongada por otra causa, etc.
- **Egresos con PTI Cuidador:** corresponde al Egreso de cuidador con objetivos terapéuticos del plan de tratamiento integral cumplidos.

Personas con discapacidad (con RND): Es aquella persona usuaria 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). En este caso, se reconoce a aquellas personas que cuentan con certificación de discapacidad, demostrable a través de su credencial de discapacidad o Registro Nacional de Discapacidad (RND).

Definiciones operacionales:

Ingresos: Corresponde registrar el número de personas que ingresan al programa independiente del número de patologías que padezca.

Ingresos con Plan de Tratamiento Integral: Corresponde registrar al número de personas que han sido ingresadas al programa que cuentan con Plan de Tratamiento Integral, desagregada por grupo de edad y sexo. Este registro debe estar contenido en el total de Ingresos.

Ingresos con Plan de Tratamiento Integral con objetivos para el trabajo: Corresponde al número de persona con discapacidad que han sido ingresadas al programa, incluye en su Plan Tratamiento Integral objetivos de habilitación y rehabilitación para el trabajo, desagregadas por grupo de edad y sexo. Este registro debe estar contenido en el total de Ingresos con Plan de Tratamiento Integral.

Ingreso de usuarios con cuidador: Se registra el número de personas que ingresan y cuentan con cuidador desagregado por grupo de edad, sexo, persona con discapacidad (PCD con RND), población de pueblos originarios y migrante

Ingresos con PTI cuidador: Corresponde al número de personas que ingresan y que ya tiene un cuidador al cual se le realiza PTI para su abordaje, se desagrega por grupo de edad, sexo, persona con discapacidad (PcD con RND), población de pueblos originarios y migrante. Este registro debe estar contenido en el total de Ingresos (fila 16)

Reingresos: Corresponde registrar la reincorporación a rehabilitación de aquellas personas que ya habían sido ingresadas durante el período. Este reingreso significa la elaboración de un nuevo PTI.

Egresos: Corresponde al total de personas por grupos etarios y estrategias que dejan su proceso de rehabilitación. Esto puede ser por: alta por cumplimiento de objetivos terapéuticos, abandono y fallecimiento.

Egreso por alta: Corresponde al número de personas que ha totalizado su plan de tratamiento, cumpliendo con los objetivos terapéuticos.

Egreso por abandono: Corresponde al número de personas que han permanecido inasistentes a 3 o más sesiones de tratamiento.

En esta sección corresponde registrar los egresos, según tipo de egreso, por edades, sexo y estrategia asociada: Rehabilitación NNA, Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), Rehabilitación Integral (RI), Rehabilitación Rural (RR). Además, se debe registrar si pertenece a: persona con discapacidad (PcD con RND), población de pueblos originarios y migrante.

Regla de consistencia:

R.1: El total de ingresos son todas las personas que ingresan a rehabilitación, independiente si tienen o no una de las características de los tipos de ingreso.

R.2: El total de egresos corresponde a la sumatoria de los egresos por alta, abandono, fallecimiento y otras causas

R3: El número total de ingresos debe ser mayor o igual a cero.

R4: La suma de los grupos de edad para cada sexo debe coincidir con el total registrado para hombres y mujeres.

R5: La suma total en cada fila debe coincidir con la suma del total de hombres y mujeres y el total de sumas de cada grupo de edad.

Sección A.2: Ingreso por condición de salud

Definiciones conceptuales:

Ingreso: Corresponde a la incorporación de una persona a rehabilitación para ser intervenida. Las condiciones de salud se han agrupado de la siguiente forma:

- **Dolor cervical agudo**: El dolor cervical es un síntoma médico de múltiples causas y factores. es considerado agudo cuando no supera los 30 días desde la aparición del síntoma. puede reducir el rango de movimiento y la fuerza muscular del cuello e incluso afectar la propiocepción y la postura.
- **Dolor lumbar agudo:** Se define como el dolor lumbar desde la zona de la costilla más baja hasta el pliegue del glúteo, con o sin irradiación a las piernas. un episodio de dolor lumbar está definido como agudo si es que aparece por primera vez en el curso de vida de la persona o bien, luego de un periodo libre de dolor de a lo menos 6 meses y con una duración no mayor a 6 semanas.
- **Hombro doloroso agudo**: Es una patología de múltiples causas posibles, que afecta al complejo articular del hombro, pudiendo generar dolor, debilidad o rigidez, causando déficit funcional y afectando al desempeño en las actividades cotidianas y a nivel laboral.
- **Otro dolor musculoesquelético agudo**: Que no incluya las definiciones anteriores. Contempla otro dolor musculoesquelético que no supere las 12 semanas de duración.
- **Artrosis de rodilla y cadera:** Dolor musculoesquelético crónico, que se refiere a los padecimientos articulares en las articulaciones de rodilla y cadera. Se caracterizan primariamente por deterioro y pérdida de cartílago hialino articular, alteraciones del hueso subcondral y variados compromisos de tejidos blandos que incluye a la membrana sinovial. clínicamente se acompañan de dolor y alteraciones en la funcionalidad.
- **Artritis reumatoidea:** Dolor musculoesquelético crónico, que se caracteriza por ser una enfermedad articular inflamatoria crónica, autoinmune, multifactorial y sistémica, de etiología desconocida que puede evolucionar hacia la destrucción y deformidad articular causando grados variables de discapacidad. También puede comprometer órganos y tejidos extraarticulares.
- **Otro dolor musculoesquelético crónico:** Que no incluya las definiciones anteriores, se caracteriza por ser una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial de origen musculoesquelético o descrita por la persona en términos de tal daño. se considera crónico cuando persiste durante un período mayor a 3 meses.
- **Ataque cerebro vascular (ACV):** Corresponde a un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular (isquémico y/o hemorrágico).
- **Traumatismo encéfalo craneano (TEC):** Es una patología médico-quirúrgica caracterizada por una alteración cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza generando un daño estructural del contenido de ésta, incluyendo el tejido cerebral y sus vasos sanguíneos.

- **Lesión medular:** Hace referencia a daños sufridos en la médula espinal secundaria a causas traumáticas, médicas o degenerativas.
- **Enfermedad de Parkinson:** Proceso neurodegenerativo progresivo. La lesión fundamental de la Enfermedad de Parkinson recae en la parte compacta de la sustancia negra (SN), que forma parte de los ganglios basales, que tienen como función el mantenimiento de la postura del cuerpo y de las extremidades, la producción de movimientos espontáneos (como parpadeo) y automáticos, que acompañan a un acto motor voluntario (como el balanceo de brazos al andar).
- **Enfermedades neuromusculares:** Las enfermedades neuromusculares afectan el sistema nervioso periférico, incluyendo las neuronas motoras y neuronas sensoriales; el propio músculo o la unión músculo nerviosa. de esta manera, el término enfermedades neuromusculares incluyen un amplio rango de síndromes.
- **Alteraciones en el desarrollo psicomotor:** Cualquier alteración producida en el desarrollo psicomotor y que afecta las áreas de la comunicación, el comportamiento y la motricidad.
- **Disrrafias espinales:** Es una malformación congénita que ocasiona defectos de cierre del tubo neural, puede ser cerrada o abierta.
- **Trastorno espectro autista:** Comprende a aquellas personas que presentan una diferencia o diversidad en el neurodesarrollo típico, que se manifiesta en dificultades en la iniciación, reciprocidad y mantención de la interacción y comunicación social al enfrentarse a los diferentes entornos, así como también por la presencia de intereses intensos y repetitivos, adherencia a rutinas y conductas que pueden llegar a ser disruptivas en algunos contextos. Estas características pueden llegar a generar un impacto funcional significativo a nivel familiar, social, educativo, ocupacional o de otras áreas.
- **Amputación:** Extirpación de un miembro (brazo o pierna) u otra parte del cuerpo de causas vasculares, oncológicas, traumatológicas, infecciosas o congénitas.
- **Quemados:** Una quemadura es una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos.
- **COVID-19:** La enfermedad por coronavirus (covid-19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, dependiendo del caso puede presentarse en forma leve, moderada o grave. En este último caso puede existir un alto riesgo de secuelas. Algunas personas pueden presentar un conjunto de síntomas prolongados después de haber tenido COVID-19, entidad conocida como « Post COVID-19».
- **Otros:** No contenidas en las definiciones anteriores
- **Sensoriales visuales:** Enfermedades que generan la pérdida parcial o total de la función visual.
- **Sensoriales auditivos:** Enfermedades que generan la pérdida parcial o total de la función auditiva.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de ingresos según condición de salud: esto es, condición física, sensorial visual y sensorial auditiva. Una persona puede ingresar por una o más condiciones de salud a tratamiento.

Los ingresos por condición de salud se separan por estrategias: Rehabilitación NNA, Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), Rehabilitación Integral (RI), Rehabilitación Rural (RR). Diferenciados por grupos de edad, y sexo.

Regla de consistencia:

R.1: El número total de ingresos a rehabilitación debe ser igual al número de ingresos registrados en la sección A.1.

R.2: El número total de ingresos debe ser mayor o igual a cero.

R.3: La suma de los grupos de edad para cada sexo debe coincidir con el total registrado para hombres y mujeres.

R.4: La suma total en cada fila debe coincidir con la suma del total de hombres y mujeres y el total de sumas de cada grupo de edad.

Sección A.3: Evaluación inicial

Definiciones conceptuales:

Evaluación inicial realizada por Médico/a, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo/a, Fonoaudiólogo/a y/o Psicólogo/a, destinada a contar con el diagnóstico funcional para construir el Plan de Tratamiento Integral (PTI).

La evaluación puede considerar: Actividades de la vida diaria; área laboral/educacional/social; situación emocional, cognitiva y funcional, además de programar acciones terapéuticas, de acuerdo a la persona, su familia y/o cuidador y la evaluación o calificación de discapacidad, si corresponde.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar las evaluaciones iniciales de rehabilitación realizadas por cada profesional, donde se aplican varias pautas de evaluación funcional, cognitiva y de discapacidad, a partir de ellas, se define el ingreso y se construye el PTI.

Esta información se encuentra desagregada por estrategias y modalidad de rehabilitación, en este caso podrá ser "presencial en el establecimiento" o "presencial en domicilio", ya que, de acuerdo al modelo de rehabilitación, la evaluación inicial siempre debe ser presencial.

La evaluación inicial se separa por estrategias: Rehabilitación NNA, RBC, RI o RR.

Regla de consistencia:

R.1: Estas consultas no deben ser incluidas en el REM-04, sección B.

R.2: El número de evaluaciones iniciales pueden ser mayores o iguales que el número de ingresos, dado que cada profesional puede realizar más de una evaluación.

Sección A.4: Evaluación intermedia

Definiciones conceptuales:

Es la evaluación realizada por Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo y/o Psicólogo, en la fase intermedia del proceso de rehabilitación, en la que se evalúa los resultados en el tiempo de las acciones terapéuticas y, eventualmente, se define, en conjunto con la persona, la familia /o cuidador, ajustes en lo planificado, para obtener los objetivos terapéuticos esperados. Esto puede implicar un ajuste en el PTI, o una derivación a otro punto de la red.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de evaluaciones intermedias realizadas por cada uno de los profesionales.

Una evaluación intermedia, puede implicar más de una sesión, ambas se registran como evaluación intermedia. No deben ser incluidas en la sección A.5, pues éstas corresponden al proceso de tratamiento.

La evaluación intermedia se diferencia por grupo de edad, por estrategias y distintas modalidades de rehabilitación, presencial (en establecimiento), domiciliaria o a distancia.

Regla de consistencia:

R.1: Las evaluaciones pueden contener más de una sesión.

R.2: La sumatoria de tipo de estrategia y modalidad de rehabilitación debe coincidir con el total de evaluaciones iniciales por profesional.

Sección A.5: Sesiones de Rehabilitación

Definiciones conceptuales:

Son las sesiones entregadas por Kinesiólogos, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo en los que se aplican los procedimientos y técnicas que realiza cada uno de los profesionales según disciplina y lo establecido en el PTI.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de sesiones de rehabilitación total por el profesional que la realiza.

Las sesiones de rehabilitación se diferencian por grupo de edad y se separan por estrategias y distintas modalidades de rehabilitación, presencial (en establecimiento), domiciliaria o a distancia.

Una persona puede asistir el mismo día a una o más sesiones por profesional, registrando la sesión cada uno de los profesionales por separado.

Reglas de consistencia:

R.1: Las evaluaciones intermedias no deben ser incluidas en esta sección, corresponden a la sección A.4.
R.2: La sumatoria de tipo de estrategia y modalidad de rehabilitación debe coincidir con el total de sesiones por profesional.

Sección A.6: Procedimientos y actividades

Definiciones conceptuales:

Procedimientos y actividades del Programa de Rehabilitación Integral**:** Son procedimientos y actividades propias de los profesionales de rehabilitación, dirigidas a las personas con Plan de Tratamiento Integral en la que se aplica uno o más de los siguientes tipos de intervenciones. Estas son realizadas por kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y psicólogos.

Fisioterapia: Conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos, son utilizadas para prevenir, recuperar y readaptar sistemas comprometidos. La determinación de uso y dosificación dependerá de la evaluación de la persona, patología, condición de la piel y estado emocional. Las más utilizadas son: electroterapia, termoterapia, hidroterapia, ultrasonido, entre otras.

Actividad Física: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produzca un gasto energético mayor al existente en reposo. Tiene un rol importante en la promoción de la salud y en la prevención, control y tratamiento de diversas condiciones crónicas, con beneficios como la reducción de riesgo de padecerlas, así como otro tipo de enfermedades no transmisibles.

Ejercicios terapéuticos: Conjunto de técnicas que utilizan el movimiento corporal para mejorar la función musculoesquelética con la finalidad última de restablecer la funcionalidad de la persona. Esta actividad se realiza en base a evaluación personalizada y debe ser dosificada y supervisada por un profesional de rehabilitación.

Intervención en actividades de la vida diaria (AVD), básicas, instrumentales y avanzadas: De acuerdo a la valoración obtenida de los componentes funcionales y del desempeño, se realizan actividades de entrenamiento con el fin de generar experiencias dirigidas a optimizar el desempeño en actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. Con esto se busca promover la autonomía e independencia, fortaleciendo el desempeño de estas actividades en contextos protegidos y comunes para la persona como: el hogar, sala de rehabilitación, la comunidad, sistemas educativos y lugar de trabajo.

Habilitación y rehabilitación educacional: Conjunto de actividades orientadas al logro de la inclusión educativa, en aquellas personas niños, adolescentes o adultos jóvenes en etapa de formación, que deben desarrollar las competencias educativas básicas para la integración escolar, establecer su adaptación al medio escolar o educativo, orientar a la familia, escuela o agente educativo respecto al manejo en el aula.

Actividades terapéuticas: Son actividades significativas y con propósito para la persona, orientadas a cumplir los objetivos de rehabilitación, favoreciendo las capacidades motoras, sensoriales, cognitivas, emocionales, sociales y culturales, las que se realizan a través de diversas actividades como ergoterapia o mecanoterapia.

Integración sensorial: Técnica de intervención utilizada para regular procesamiento sensorial por medio de estímulos propioceptivos, vestibulares, táctiles, esperando lograr respuestas adaptativas con objetivo de mejorar habilidades motoras gruesas y finas; mejorar desempeño cognitivo; mejorar participación ocupacional, autorregulación y participación social.

Adaptación del hogar: Es la elaboración, instalación de implementos y/o desarrollo de medidas de adecuación arquitectónica y estructural para disminuir o mitigar las barreras ambientales presentes en el hogar que generan limitación en la actividad.

Confección órtesis y/o adaptaciones: Se refiere al proceso de evaluación, diseño, confección de una órtesis o adaptación, cuyo objetivo será mejorar la función a través del correcto alineamiento o del cuidado y protección de un o más segmentos corporales.

Reparación de órtesis y/o adaptaciones: Procedimiento de evaluación del funcionamiento y tolerancia del uso de la órtesis. Esto podría requerir de ajustes y reparaciones o una nueva confección.

Habilitación y rehabilitación socio-laboral: son actividades que incluyen intervención grupal, individual, familiar y/o talleres prelaborales, destinados a promover destrezas y recursos personales para el desempeño laboral de acuerdo a las condiciones personales y contextuales. Se incorporan además las intervenciones enfocadas en proporcionar conocimiento e información sobre aspectos generales a la familia y persona usuaria respecto al proceso de habilitación y rehabilitación para el trabajo, así como analizar en conjunto los recursos sociales disponibles.

La gestión con la red local, destinadas a generar o mejorar los recursos desde la red territorial para la inserción o reinserción laboral, son también parte del registro de este apartado. Se debe registrar por actividad, independiente si es individual o grupal.

Estimulación Cognitiva: Técnicas y estrategias para entrenar o facilitar las funciones cognitivas relacionadas con la comunicación, atención, memoria, funciones ejecutivas, visuoespaciales y visuoconstructivas.

Rehabilitación de la voz, habla y/o lenguaje: Técnicas fonoaudiológicas que permiten habilitar o rehabilitar la voz, habla y lenguaje acorde a las condiciones de la persona, su entorno familiar y escolar. Entre ellos se pueden mencionar estrategias de intervención directa (habilitación y rehabilitación) y estrategias de intervención indirecta (educación a los familiares o personas cuidadoras, coordinación con equipo profesional del entorno escolar o laboral de la persona usuaria, entre otros).

Rehabilitación de la deglución: Conjunto de técnicas y estrategias fonoaudiológicas que permiten rehabilitar los patrones de movimientos adecuados para cada etapa dentro del proceso deglutorio, acompañado de consejería en el proceso seguro de alimentación.

Rehabilitación vestibular: Incluye el entrenamiento, ejercicios y/o intervenciones compensatorias y posturales luego de una lesión o enfermedad vestibular, cuya meta principal es la de mejorar la función de equilibrio, reducir el riesgo de caída y la mejora de la calidad de vida de la persona.

Educación a usuario/a, cuidador/a y/o familia: Considera charlas, entrevistas individuales, talleres y/o exposiciones, dirigidas a personas usuarias, familiares y/o personas cuidadoras, con el fin de educar acerca de algún tema de interés que favorezca el autocuidado y adecuado manejo hacia la persona para la consecución de los objetivos de rehabilitación propuestos.

Atención psicoterapéutica: Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a la persona en proceso de rehabilitación, familiar o cuidador, tendiente a apoyar el proceso terapéutico, manejo de duelo, apoyo psicológico a las etapas del ciclo vital de la persona y manejo de cuadros clínicos específicos (depresión, cuadros conductuales, etc.).

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar todas las actividades realizadas por los profesionales de rehabilitación establecidas en el Plan de Tratamiento Integral (PTI) de la atención primaria de salud desagregada por Rehabilitación NNA, Rehabilitación de Base Comunitaria, Rehabilitación Integral, Rehabilitación Rural.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.7: Consejería individual agendada

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la consejería realizada por uno profesional del equipo de rehabilitación, programada y cuyo objetivo es enfrentar crisis normativas, no normativas, duelo, prevención, anticipación al daño, etc.

Esta actividad incluye: las definiciones del problema, búsqueda de soluciones en conjunto, propuestas de soluciones, análisis de los avances a los cuales se da seguimiento posterior. El profesional actúa como catalizador, facilitador y potenciador de los recursos personales de la persona usuaria. Esta actividad requiere de a lo menos 3 sesiones.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el total de consejerías agendadas y programadas que han realizado los profesionales.

Se desagrega de acuerdo con las siguientes estrategias Total Rehabilitación NNA, Rehabilitación Base Comunitaria; Total Rehabilitación Integral; Total Rehabilitación Rural.

No es consejería informar al usuario sobre el proceso de rehabilitación, enfermedad, tratamiento, prevención, no debe confundirse con la información sobre el proceso de enfermedad o de rehabilitación que se entrega como parte de sus derechos y de una atención de calidad.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.8: Consejería familiar agendada

Definiciones conceptuales:

Es la consejería realizada a la familia, por el equipo de salud familiar y/o de rehabilitación.

Esta actividad incluye: definición del problema, búsqueda de soluciones en conjunto, propuestas de soluciones, análisis de los avances a los cuales se da seguimiento posterior, cuyo objetivo es enfrentar crisis normativas, no normativas, duelo, prevención, anticipación al daño, etc.

El o los profesionales actúan como catalizador, facilitador de cambios y potenciador de los recursos familiares. Esta actividad requiere de al menos 3 sesiones.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar en esta sección el número total de consejerías agendadas, dirigidas al paciente y su familia, realizada por uno o más profesionales del equipo de rehabilitación.

Se desagrega de acuerdo con las siguientes estrategias Total Rehabilitación NNA, Rehabilitación Base Comunitaria; Total Rehabilitación Integral; Total Rehabilitación Rural.

Se deben registrar todas las consejerías programadas independiente del cumplimiento del objetivo que las motivo.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.9: Intervenciones terapéuticas grupales

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las intervenciones realizadas en grupos, a usuarios con condiciones de salud que se benefician de este tipo de intervención, por ejemplo, Artrosis, Parkinson, Dolor lumbar, etc.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde el registro del número de personas que ingresan a intervención terapéutica grupal, así como número de sesiones, desagregado de acuerdo a las siguientes estrategias: Rehabilitación NNA, Rehabilitación Base Comunitaria, Rehabilitación Integral, Rehabilitación Rural. Se desagregan además por modalidad de rehabilitación presencial en establecimiento o a distancia.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.10: Personas que logran participación en comunidad

Definiciones conceptuales:

Corresponde al número de personas según su condición de salud, que logran participación en comunidad (inclusión social), como hito designado en el plan de tratamiento integral consensuado entre el equipo de rehabilitación y la persona.

De acuerdo con el ciclo vital de la persona y roles de interés, puede ser: laboral (Trabajo o Dueña/o de casa), educativa, o comunitaria (grupos sociales, o desarrollos al interior de la familia y el hogar).

En esta sección se consignan sólo aquellos casos que logran su participación en comunidad producto de la intervención del equipo de rehabilitación con la comunidad (intersector, organizaciones sociales, etc.)

Las personas que logran participación en comunidad se separan por tipo de estrategia (rehabilitación NNA, rehabilitación base comunitaria, rehabilitación integral y rehabilitación rural) y condición de salud (física, sensorial visual, sensorial auditivo).

Trabajo con objetivos de habilitación y rehabilitación: Persona que logra mejorar destrezas personales, habilidades y hábitos para el trabajo, recursos familiares y sociales, mediante intervención del equipo de rehabilitación con la persona, familia y la articulación con la red local.

Trabajo sin objetivos de habilitación y rehabilitación: Personas que logran participación laboral, mediante la gestión de los recursos de la red local solamente.

Dueña/o de casa: Persona que logra mejorar destrezas personales, recursos familiares y sociales, mediante intervención del equipo de rehabilitación para el desempeño de su rol como dueño/a de casa.

Educativa: Persona que logra mejorar destrezas personales, recursos familiares y sociales, mediante intervención de rehabilitación para su desempeño en el área de educación, de acuerdo a su ciclo de vida y requerimiento individual.

Comunitario: Persona que logra mejorar destrezas personales, recursos familiares y sociales, mediante intervención del equipo de rehabilitación para su desempeño en Comunidad, de acuerdo con su ciclo de vida (inclusión en grupos sociales).

Definiciones operacionales:

En esta sección se debe registrar el número de personas que han logrado participación en comunidad (Inclusión Social), producto de la intervención del equipo con la comunidad (intersector, organizaciones sociales, etc.) en el mes informado, a lo largo de su tratamiento de rehabilitación.

Laboral: Personas que logran destrezas y habilidades para incorporarse a un trabajo remunerado, también cuando se establecen los nexos con la red local para este mismo fin.

Laboral Dueña/o de Casa: Personas que logran retomar o realizar sus labores en el hogar como una labor no remunerada y que constituía su labor habitual.

Educativo: Personas que logran participación en el sistema educativo, producto del trabajo del equipo de rehabilitación con la red educativa.

Comunitaria: Personas que logran participación en grupos sociales, producto del trabajo del equipo de rehabilitación con la red comunitaria.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección A.11: Actividades y participación

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las actividades y participación que se registran de acuerdo con las siguientes modalidades de intervención:

Diagnóstico o Planificación Participativa: Se incluyen en esta sección todas las actividades asociadas al trabajo de diagnóstico participativo, la planificación y ejecución del plan con los grupos objetivos: comunas, comunidades, organizaciones comunitarias y comunidad educativa.

Actividades de promoción de la salud**:** Se consideran todas las actividades destinadas a la promoción de la salud y prevención con los grupos objetivos: comunas, comunidades, se incluyen los talleres (huertos, manualidades), empleadores y compañeros de trabajo, comunidad educativa, red de apoyo y cuidadores.

Actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales: Se incluyen en esta sección las capacitaciones estructuradas con objetivos educativos precisos; están destinadas a generar competencias en áreas específicas, ejemplo programas estructurados para la formación de monitores, cuidadores. Con los grupos objetivos: profesionales de salud, empleadores y compañeros de trabajo, comunidad educativa, monitores, red de apoyo y cuidadores.

Asesoría a grupos comunitarios**:** Se registran todas las actividades de asesoría y apoyo a organizaciones comunitarias.

Se incluyen las cuatro estrategias y la modalidad de ejecución a excepción de la domiciliaria.

Para los grupos objetivos se entiende por:

Comunas, comunidades: A las personas que pertenecen a la comunidad, adscritas a un CESFAM, o establecimiento de APS donde se realiza la intervención, por ejemplo, taller de huertos, manualidades, etc.

Organizaciones comunitarias: Son entendidas como entidades que buscan resolver problemas que afectan a la comunidad y desarrollar iniciativas de interés para sus miembros. Esto exige la participación y articulación de actores organizados.

Comunidad Educativa**:** Docentes, asistentes de la educación, profesionales, padres y alumnos.

Empleadores y compañeros de trabajo**:** Empleadores y compañeros de trabajo la persona usuaria que está recibiendo prestaciones de habilitación y rehabilitación para el trabajo o que ya se encuentra incluido en un puesto laboral.

Red de apoyo: Familia, vecinos, amigos, otros (a excepción de los cuidadores).

Cuidadores: Persona que entrega asistencia habitual a una persona con Dependencia que requiere de un apoyo constante.

Profesionales de salud: Profesionales y técnicos en Salud que trabajan vinculados a rehabilitación.

Monitores: Personas que entregan apoyo voluntario a personas usuarias o a sus familias que no tienen conocimientos en salud.

Organizaciones asociadas a discapacidad: Conjunto de personas con discapacidad, familiares o cuidadores, que comparten una característica común y se organizan con un objetivo determinado para realizar acciones que mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de actividades y número de participantes, según sus líneas de acción.

Los establecimientos de la atención primaria que deben registrar en este REM serán:

- Establecimientos de APS y Hospitales de baja complejidad con espacios habilitados y profesional o equipo de rehabilitación.
- Equipos Rurales de Rehabilitación.
- Postas de Salud Rural que realizan actividades de rehabilitación.

Se debe registrar además la modalidad de atención a través de la cual se ejecutan dichas actividades, siendo posible de realizarse de forma presencial (en establecimiento) o a distancia

Regla de consistencia:

R.1: El número de participantes debe ser igual al número de personas, aunque asistan a más de una actividad.

Sección B: Nivel Hospitalario

Sección B.1: Ingresos y egresos a Rehabilitación Integral

Definiciones conceptuales:

Ingresos: Corresponde a la incorporación de una persona a cualquier proceso de rehabilitación en el nivel secundario o terciario, ya sea en modalidad de hospitalización o de atención ambulatoria. Los ingresos se generan a través de una interconsulta y/o epicrisis de un establecimiento de la red.

Ingresos con Plan de Tratamiento Integral (PTI): Corresponde a la incorporación de una persona a cualquier proceso de rehabilitación, independiente del servicio o unidad de atención abierta o cerrada, que cuenta con Plan Tratamiento Integral, con objetivos terapéuticos compartidos por el equipo de rehabilitación elaborada en conjunto con la persona usuaria por edad.

Los ingresos se registran desagregados por diagnóstico y/o condición de salud, según las siguientes definiciones conceptuales:

- **Ataque cerebro vascular (ACV):** Corresponde a un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular (isquémico y/o hemorrágico).
- **Traumatismo encéfalo craneano (TEC):** Es una patología médico-quirúrgica caracterizada por una alteración cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza generando un daño estructural del contenido de ésta, incluyendo el tejido cerebral y sus vasos sanguíneos.
- **Lesión medular:** Hace referencia a daños sufridos en la médula espinal secundaria a causas traumáticas, médicas o degenerativas.
- **Neuromusculares agudas (ENM):** Corresponden a un grupo de más de 150 afecciones que provocan la pérdida de fuerza muscular y la degeneración del conjunto de los músculos y nervios que la controlan debido a una alteración en algún punto de la unidad motora. en las de tipo agudo la debilidad muscular se instala en horas o días (menos de 4 semanas); dentro de ellas destaca el síndrome Guillain Barré y la crisis miasténica.
- **Neuromusculares crónicas(ENM):** Son progresivas y en su mayoría de tipo degenerativo; la instalación de la debilidad muscular y atrofia es paulatino, dentro de este grupo destacan la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), esclerosis múltiple (EM), enfermedad de Parkinson (EP) y las distrofias musculares.
- **Disrrafias espinales:** Es una malformación congénita que ocasiona defectos de cierre del tubo neural, puede ser cerrada o abierta.
- **Otras neurológicas:** No contenidas en las definiciones anteriores.
- **Parálisis cerebral:** Describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante.
- **Recién nacido de alto riesgo:** Grupo de recién nacidos que muy probablemente desarrollarán una enfermedad aguda grave o un resultado adverso, representan la

mayoría de recién nacidos en las unidades de cuidados intensivos neonatales, ejemplos: recién nacidos de término con encefalopatía hipóxico-isquémica y recién nacidos muy prematuros.

- **Síndrome Post-UCI:** Síndrome posterior a la hospitalización en UCI, caracterizado por la aparición o empeoramiento de problemas cognitivos, físicos o de salud mental de la persona luego de que es dada de alta.
- **COVID-19:** La enfermedad por coronavirus (covid-19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus sars-cov-2, dependiendo del caso puede presentarse en forma leve, moderada o grave. en este último caso puede existir un alto riesgo de secuelas. algunas personas pueden presentar un conjunto de síntomas prolongados después de haber tenido covid-19, entidad conocida como «Post COVID-19».
- **Enfermedades respiratorias:** Enfermedades agudas o crónicas que afectan al sistema respiratorio, incluye asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc), fibrosis pulmonar, neumonía, entre otras. se incorporan aquí tanto condiciones médicas como quirúrgicas. cáncer pulmonar se registra en enfermedades oncológicas.
- **Enfermedades cardíacas:** Corresponden a enfermedades que afectan al corazón, por ejemplo enfermedades coronarias, enfermedades que generan insuficiencia cardíaca, entre otras. La enfermedad cardiovascular incluye problemas en todo el sistema circulatorio, se incorporan aquí tanto condiciones médicas como quirúrgicas
- **Dolor musculoesquelético crónico:** Es aquél que se produce por disfunción o daño de alguno de los órganos o tejidos musculoesqueléticos, y que tiene una duración de más de tres meses, sin responder a terapias convencionales; se identifica al dolor en sí como la principal alteración del funcionamiento.
- **Artritis reumatoidea:** Es una enfermedad articular inflamatoria crónica, autoinmune, multifactorial y sistémica, de etiología desconocida que puede evolucionar hacia la destrucción y deformidad articular causando grados variables de discapacidad. también puede comprometer órganos y tejidos extraarticulares.
- **Otras reumatológicas**: Trastornos que afectan principalmente los componentes del sistema osteomuscular (tendones, ligamentos, huesos, articulaciones y músculos). dentro de las más frecuentes destacan artritis, osteoartritis, lupus, fibromialgia
- **Traumatológicos:** Condiciones congénitas o adquiridas, de deformidades y de alteraciones funcionales de origen traumáticas y no traumáticas que afectan al aparato locomotor y sus estructuras asociadas. incluye condiciones médicas y quirúrgicas.
- **Otros pre y post quirúrgicos:** Otras condiciones de salud, que no estén contenidas en definiciones anteriores y que correspondan a periodos previos y posteriores a la cirugía.

- **Oncológicos:** Conjunto de enfermedades que se pueden originar en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo cuando células anormales crecen de forma descontrolada, sobrepasan sus límites habituales e invaden partes adyacentes del cuerpo y/o se propagan a otros órganos. pueden ser diagnósticos o de tumores sólidos. se incorporan aquí tanto condiciones médicas como quirúrgicas
- **Genitourinarias:** Abarca todas las áreas de la patología genitourinaria, incluidas enfermedades de la próstata, y otras que afectan el adecuado funcionamiento del piso pélvico, se incorporan aquí tanto condiciones médicas como quirúrgicas. no se registra aquí patología neoplásica.
- **Amputación:** Extirpación de un miembro (brazo o pierna) u otra parte del cuerpo mediante cirugía de causas vasculares, traumatológicas, infecciosas o congénitas.
- **Quemados:** Una quemadura es una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos.
- **Sensoriales auditivos:** Enfermedades que generan la pérdida parcial o total de la función auditiva.
- **Sensoriales visuales:** Enfermedades que generan la pérdida parcial o total de la función visual.
- **Trastorno espectro autista:** Comprende a aquellas personas que presentan una diferencia o diversidad en el neurodesarrollo típico, que se manifiesta en dificultades en la iniciación, reciprocidad y mantención de la interacción y comunicación social al enfrentarse a los diferentes entornos, así como también por la presencia de intereses intensos y repetitivos, adherencia a rutinas y conductas que pueden llegar a ser disruptivas en algunos contextos. Estas características pueden llegar a generar un impacto funcional significativo a nivel familiar, social, educativo, ocupacional o de otras áreas.
- **Otros:** Condiciones de salud no contenidas en las definiciones anteriores y que no sean del orden pre y post.

Egresos por alta: Corresponde a la finalización del proceso de rehabilitación definido en un PTI (Plan de Tratamiento Integral), consensuado con la persona, su familia y el equipo tratante, en el cual se establecieron objetivos terapéuticos y plazos; cumplidos los objetivos, se egresa por alta. El PTI es uno por persona, e incluye los objetivos de todo el equipo de rehabilitación.

En el egreso por Alta se pueden presentar tres situaciones:

1. Paciente hospitalizado que ingresa a un proceso de rehabilitación en atención cerrada, se registra como egreso desde atención cerrada cuando la persona completa su tratamiento de rehabilitación y continúa hospitalizada.
2. Paciente dado de alta de hospitalización y continúa su tratamiento de rehabilitación en forma ambulatoria, su egreso se hará al finalizar el tratamiento y se registra como egreso desde atención abierta.
3. Paciente ingresa para rehabilitación en atención abierta, su egreso será desde atención abierta.

En caso de que la persona sea derivada a otro hospital debe ser egresada en su hospital de origen e ingresada en el nuevo establecimiento.

Egreso por abandono: Se considera abandono a la persona que, teniendo un PTI en curso y horas asignadas para atención del equipo de rehabilitación, deja de asistir sin una razón justificada.

En atención cerrada se considerará egreso por abandono a la persona que, teniendo un PTI en desarrollo, se niega a continuar asistiendo al servicio de rehabilitación o al tratamiento en sala. La persona usuaria y/o familiar deberá manifestar por escrito el abandono voluntario al proceso de rehabilitación.

En el caso de atención abierta, se considerará egreso por abandono a la persona que deja de asistir a tres citas agendadas y efectivamente confirmadas, sin aviso.

Egreso por fallecimiento:

En el caso de ocurrir este hecho durante el período de tratamiento, es necesario consignar, además, agregar el punto donde estaba recibiendo la atención abierta o cerrada.

Egresos ataque cerebrovascular referido a APS: Corresponde a la finalización del proceso de rehabilitación de una persona con Ataque Cerebro Vascular definido en un PTI, consensuado con la persona, su familia y el equipo tratante, referido a un equipo de rehabilitación en APS.

Otros: Corresponde al egreso por otra causa no contenida en las anteriores.

Definiciones operacionales:

El ingreso se registra una sola vez al inicio del proceso de rehabilitación, independientemente que la persona sea vista por más de un profesional durante el tratamiento. En el caso de ingresos de personas hospitalizadas, el ingreso no debe volver a registrarse si la atención continua en forma ambulatoria.

Los ingresos se registran por condiciones de salud a abordar en el episodio.

Los egresos se registran por alta, abandono o fallecimiento.

Los ingresos y egresos se registran por sexo, por edad y por modalidad de atención, pudiendo ser Atención cerrada o Atención Ambulatoria.

- Atención Cerrada: los ingresos y egresos en modalidad de atención cerrada se diferencian entre ingresos en UPC, ingresos en camas medias, ingresos en camas básicas. Registran hospitales de alta, mediana y baja complejidad.
- Atención Abierta: registran hospitales de alta y mediana complejidad. Los hospitales de baja complejidad registran la actividad de rehabilitación ambulatoria en REM 28 A1.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de ingresos debe ser mayor o igual a cero.

R.2: La suma de los grupos de edad para cada sexo debe coincidir con el total registrado para hombres y mujeres.

R.3: La suma total en cada fila debe coincidir con la suma del total de hombres y mujeres y el total de sumas de cada grupo de edad.

Sección B.2: Evaluación inicial

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la primera atención de rehabilitación destinada a establecer el diagnóstico funcional, con el cual se fijan los objetivos terapéuticos y se elabora el Plan de Tratamiento en conjunto con la persona y su familia/cuidador.

Puede ser realizada por Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo/a, Fonoaudiólogo/a, Ortoprotesista, Psicólogo/a, enfermero/a o Trabajador/a social. Puede considerar los siguientes ámbitos de desempeño: Actividades de la vida diaria, área laboral/educacional, situación emocional, cognitiva, funcional. En caso de corresponder puede considerar la evaluación o calificación de discapacidad.

Definiciones operacionales:

La evaluación inicial del médico fisiatra se homologa a una consulta nueva de especialidad por lo que se registra en el REM 07 especialidades.

Se registra por profesional, por rango de edad y por tipo de atención (ambulatoria o cerrada). En atención cerrada se desagrega en UPC y en camas medias y básicas

En atención ambulatoria se desagrega según las siguientes modalidades: presencial, a distancia o domiciliaria. A pesar de esto, la evaluación inicial solo puede ser realizada mediante modalidad "presencial en el establecimiento" o "presencial en domicilio" ya que, de acuerdo al modelo de rehabilitación, la evaluación inicial siempre debe ser presencial.

Regla de consistencia:

R.1: La evaluación inicial no debe ser incluida en la sección B.4.

R.2: El número de evaluaciones iniciales puede ser mayor o igual al número de ingresos, dado que cada profesional puede realizar una evaluación inicial a una misma persona usuaria.

Sección B.3: Evaluación intermedia

Definiciones conceptuales:

Corresponde a un control o reevaluación de una persona usuaria en la fase intermedia del proceso de rehabilitación. En ella se identifican los resultados de las acciones terapéuticas programadas según los objetivos planteados en el plan de tratamiento. En caso de ser necesario, se definen ajustes a los objetivos del plan.

Puede ser realizada por kinesiólogo/a, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo/a, ortoprotesista trabajador/a social y/o psicólogo/a

Esta acción considera un tiempo especialmente destinado para ello, e incluye la entrevista y/o la aplicación de instrumentos que permitan comparar con la medición anterior para tomar decisiones respecto a cambios en el tratamiento (evaluación de alta, interconsulta, derivación a un establecimiento de mayor complejidad, incorporar a otro profesional del equipo de rehabilitación, etc.).

Definiciones operacionales:

La evaluación intermedia del médico fisiatra se homologa a un control de especialidad por lo que se registra en el REM 07 especialidades.

Se registra por profesional, rango de edad y por tipo de atención (ambulatoria o cerrada).

En atención cerrada se desagrega en UPC y en camas medias y básicas.

En atención ambulatoria se desagrega según las siguientes modalidades: presencial, a distancia o domiciliaria.

La evaluación intermedia, puede implicar más de una sesión, ambas se registran como evaluación intermedia.

Regla de consistencia:

R.1: La evaluación intermedia no debe ser incluida en la sección B.4.

R.2: El número de evaluaciones intermedias puede ser mayor o igual al número de ingresos, dado que cada profesional puede realizar una o más de una evaluación intermedia a una misma persona.

Sección B.4: Sesiones de rehabilitación

Definiciones conceptuales:

Corresponden a atenciones donde se realizan actividades, intervenciones y/o procedimientos de rehabilitación propias de cada profesional, en base a lo establecido en el plan de tratamiento.

Puede ser realizada por kinesiólogo/a, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo/a y/o psicólogo/a, profesionales que aplican procedimientos y técnicas propias de su disciplina.

Definiciones operacionales:

Se registra por profesional, por rango de edad y por tipo de atención (ambulatoria o cerrada).

En atención cerrada se desagrega en UPC y en camas medias y básicas.

En atención ambulatoria se desagrega según las siguientes modalidades: presencial, a distancia o domiciliaria.

Una persona en un mismo día puede ser atendida dos veces por uno o más profesionales (alta intensidad), se registra el número de sesiones que cada profesional realizó como intervención respecto a esa misma persona. Cada atención por profesional es una sesión.

En cada sesión se pueden realizar uno o más procedimientos.

Regla de consistencia:

R.1: La sesión de rehabilitación no debe ser incluida en la sección B.3.

R.2: El número de sesiones de rehabilitación puede ser mayor o igual al número de ingresos, dado que cada profesional puede realizar una o más sesiones de rehabilitación a una misma persona.

Sección B.5: Derivaciones y continuidad en los cuidados

Definiciones conceptuales:

El objetivo de esta sección es conocer en qué nivel de la red la persona continuará su proceso de rehabilitación, se registra a la salida de cada establecimiento hospitalario de alta y mediana complejidad. La persona puede ser derivada para completar su tratamiento a otro hospital de mayor o menor complejidad de la red, directamente a un CESFAM o institución con convenio.

Los hospitales comunitarios corresponden al nivel primario, ellos deben realizar el proceso final de la rehabilitación que es la inclusión social, por lo tanto, registran derivación sólo si por alguna razón se ven obligados a derivar a un CESFAM o CGR.

Definiciones operacionales:

Se registra a qué nivel se deriva para continuar con los cuidados o rehabilitaciones pertinentes. Total, por centro de salud.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección B.6: Procedimientos y actividades

Definiciones conceptuales:

Son procedimientos y actividades propias de los profesionales de rehabilitación, dirigidas a las personas con Plan de Tratamiento Integral en la que se aplica uno o más de los siguientes tipos de intervenciones.

Estas son realizadas por kinesiólogos/as, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos/as, ortoprotesistas y psicólogos/as.

Actividades:

- **Fisioterapia**: Conjunto de técnicas que, mediante la aplicación de agentes físicos, son utilizadas para prevenir, recuperar y readaptar sistemas comprometidos. La determinación de uso y dosificación dependerá de la evaluación de la persona, patología, condición de la piel y estado emocional. Las más utilizadas son: electroterapia, termoterapia, hidroterapia, ultrasonido, entre otras.
- **Actividad Física**: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produzca un gasto energético mayor al existente en reposo. Tiene un rol importante en la promoción de la salud y en la prevención, control y tratamiento de diversas condiciones crónicas, con beneficios como la reducción de riesgo de padecerlas, así como otro tipo de enfermedades no transmisibles.
- **Ejercicios terapéuticos**: Conjunto de técnicas que utilizan el movimiento corporal para mejorar la función musculoesquelética con la finalidad última de restablecer la funcionalidad de la persona. Esta actividad se realiza en base a evaluación personalizada y debe ser dosificada y supervisada por un profesional de rehabilitación.
- **Intervención en actividades de la vida diaria (AVD), básicas, instrumentales y avanzadas**: De acuerdo a la valoración obtenida de los componentes funcionales y del desempeño, se realizan actividades de entrenamiento con el fin de generar experiencias dirigidas a optimizar el desempeño en actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. Con esto se busca promover la autonomía e independencia, fortaleciendo el desempeño de estas actividades en contextos protegidos y comunes para la persona como: el hogar, sala de rehabilitación, la comunidad, sistemas educativos y lugar de trabajo.
- **Habilitación y rehabilitación educacional**: Conjunto de actividades orientadas al logro de la inclusión educativa, en aquellas personas niños, adolescentes o adultos jóvenes en etapa de formación, que deben desarrollar las competencias educativas básicas para la integración escolar, establecer su adaptación al medio escolar o educativo, orientar a la familia, escuela o agente educativo respecto al manejo en el aula.
- **Actividades terapéuticas**: Son actividades significativas y con propósito para la persona, orientadas a cumplir los objetivos de rehabilitación, favoreciendo las capacidades motoras, sensoriales, cognitivas, emocionales, sociales y culturales, las que se realizan a través de diversas actividades como ergoterapia o mecanoterapia.

- **Integración sensorial:** Técnica de intervención utilizada para regular procesamiento sensorial por medio de estímulos propioceptivos, vestibulares, táctiles, esperando lograr respuestas adaptativas con objetivo de mejorar habilidades motoras gruesas y finas; mejorar desempeño cognitivo; mejorar participación ocupacional, autorregulación y participación social.
- **Tratamiento compresivo:** Procedimiento por el cual se aplican fuerzas compresivas a través de órtesis duras o blandas (termoplásticos, elásticas), destinadas a inhibir la neoformación de vasos sanguíneos, favoreciendo el retornó venoso, inhibiendo la hipertrofia de cicatrices, mejorando la tonicidad, controlando el edema y el dolor. Este procedimiento es usado para amputaciones, quemaduras, edema, entre otros.
- **Habilitación y rehabilitación sociolaboral:** son actividades que incluyen intervención grupal, individual, familiar y/o talleres prelaborales, destinados a promover destrezas y recursos personales para el desempeño laboral de acuerdo a las condiciones personales y contextuales. Se incorporan además las intervenciones enfocadas en proporcionar conocimiento e información sobre aspectos generales a la familia y la persona usuaria respecto al proceso de habilitación y rehabilitación para el trabajo, así como analizar en conjunto los recursos sociales disponibles.

  La gestión con la red local, destinadas a generar o mejorar los recursos desde la red territorial para la inserción o reinserción laboral, son también parte del registro de este apartado.
- **Adaptación del hogar**: Es la elaboración, instalación de implementos y/o desarrollo de medidas de adecuación arquitectónica y estructural para disminuir o mitigar las barreras ambientales presentes en el hogar que generan limitación en la actividad.
- **Confección órtesis y/o adaptaciones**: Se refiere al proceso de evaluación, diseño, confección de una órtesis o adaptación, cuyo objetivo será mejorar la función a través del correcto alineamiento o del cuidado y protección de un o más segmentos corporales.
- **Reparación de órtesis y/o adaptaciones**: Procedimiento de evaluación del funcionamiento y tolerancia del uso de la órtesis. Esto podría requerir de ajustes y reparaciones o una nueva confección.
- **Confección de prótesis**: Es el procedimiento para la elaboración de prótesis a través de un molde positivo, del cual siguiendo los protocolos establecidos se obtendrá la cavidad protésica requerida en el material indicado.
- **Reparación de prótesis**: Procedimiento de evaluación del funcionamiento y tolerancia del uso de la prótesis. Esto podría requerir de ajustes y reparaciones o una nueva confección.
- **Estimulación Cognitiva**: Técnicas y estrategias para entrenar o facilitar las funciones cognitivas relacionadas con la comunicación, atención, memoria, funciones ejecutivas, visuoespaciales y visuoconstructivas.

- **Rehabilitación de la voz, habla y/o lenguaje**: Técnicas fonoaudiológicas que permiten habilitar o rehabilitar la voz, habla y lenguaje acorde a las condiciones de la persona, su entorno familiar y escolar. Entre ellos se pueden mencionar estrategias de intervención directa (habilitación y rehabilitación) y estrategias de intervención indirecta (educación a los familiares o personas cuidadoras, coordinación con equipo profesional del entorno escolar o laboral de la persona usuaria, entre otros).
- **Rehabilitación de la deglución**: Conjunto de técnicas y estrategias fonoaudiológicas que permiten rehabilitar los patrones de movimientos adecuados para cada etapa dentro del proceso, acompañado de consejería en el proceso seguro de alimentación.
- **Rehabilitación vestibular**: Incluye el entrenamiento, ejercicios y/o intervenciones compensatorias y posturales luego de una lesión o enfermedad vestibular, cuya meta principal es la de mejorar la función de equilibrio, reducir el riesgo de caída y la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias.
- **Educación a usuario/a, cuidador/a y/o familia**: Considera charlas, entrevistas individuales, talleres y/o exposiciones, dirigidas a personas usuarias, familiares y/o personas cuidadoras, con el fin de educar acerca de algún tema de interés que favorezca el autocuidado y adecuado manejo hacia la persona para la consecución de los objetivos de rehabilitación propuestos.
- **Atención psicoterapéutica**: Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a la persona en proceso de rehabilitación, familiar o cuidador, tendiente a apoyar el proceso terapéutico, manejo de duelo, apoyo psicológico a las etapas del ciclo vital de la persona y manejo de cuadros clínicos específicos (depresión, cuadros conductuales, etc.).
- **Orientación y Movilidad**: Es la intervención realizada a una persona con disfunción visual orientada al entrenamiento en áreas de su desempeño ocupacional, entrenamiento en las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales, apoyo para el logro de la inclusión social, laboral, escolar. Manejo del desplazamiento en el hogar y el entorno (barrio, utilización del transporte público), etc.
- **Estimulación Sensorial**: Es considerada una herramienta que proporciona una exposición controlada a la estimulación de los sentidos de forma específica que puede facilitar un proceso de recuperación o de desarrollo e incluso a prevenir la privación sensorial.
- **Terapia Respiratoria y Función Pulmonar**: Se considera a aquellas acciones cuyo propósito es contribuir a la recuperación de la función cardiorrespiratoria de la persona con patologías agudas o crónicas. Estas incluyen: kinesiología respiratoria, succión de secreciones y uso de equipos de asistencia de la tos, aerosolterapia, oxigenoterapia, sistemas de soporte ventilatorio, realización de pruebas de función pulmonar, entrenamiento cardiorrespiratorio e implementación de protocolos terapéuticos específicos.
- **Rehabilitación auditiva individual**: Actividades destinadas a la evaluación de lenguaje, habla y percepción acústica del habla para realizar terapia mediante lectura labiofacial, entrenamiento sintético y analítico en detección, discriminación, reconocimiento y comprensión del lenguaje hablado mediante la audición.

- **Rehabilitación auditiva grupal**: Actividades grupales destinadas a mejorar la autopercepción de la disfunción auditiva mediante el contacto con otras personas en la misma situación, compartir estrategias de comunicación en situaciones difíciles de escucha y mejorar la manipulación y autogestión del audífono.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar todas las actividades realizadas por los profesionales de rehabilitación establecidas en el Plan de Tratamiento Integral (PTI)

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección C: Ayudas técnicas de salud, Nivel APS y Hospitalario

Sección C.1: Número de personas que reciben ayudas técnicas

Definiciones conceptuales:

Esta sección corresponde registrar las evaluaciones de prescripción de ayudas técnicas de salud, el número de personas que las reciben y su respectivo entrenamiento y seguimiento, con el objetivo de mejorar el funcionamiento.

Definiciones operacionales:

Esta sección corresponde registrar el número de personas que reciben ayudas técnicas, el número de evaluaciones realizadas a las personas para la prescripción y el número de sesiones de entrenamiento y seguimiento realizados a las personas a quienes se entregaron AATT, en el nivel primario de atención y en hospitales, desagregadas por edad.

Regla de consistencia:

R.1: El número de evaluaciones puede ser igual o mayor al número de personas con AATT entregadas.

R.2: El número de entrenamientos de AATT puede ser igual o mayor al número de personas con AATT entregadas y considera tanto las sesiones de entrenamiento como de seguimiento que se realicen.

Sección C.2: Número de ayudas técnicas entregadas por tipo

Definiciones conceptuales:

Esta sección corresponde al registro de las ayudas técnicas entregadas tanto en el nivel primario de atención como en hospitales según tipo y grupo de edad.

Las ayudas técnicas se definen como: cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricado especial o ampliamente disponibles, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias.

Los tipos de ayudas técnicas para el registro son:

- Sillas de ruedas estándar
- Silla de ruedas neurológica
- Cojín anti escaras
- Colchón antiescaras
- Bastones
- Andadores
- Sitting
- Órtesis de columna vertebral
- Órtesis miembro inferior
- Órtesis miembro superior
- Cojines y respaldos para la estabilización y posicionamiento del cuerpo
- Ayudas técnicas para actividades de alimentación, vestuario e higiene personal.
- Sistema compresivo
- Prótesis extremidad inferior transtibial
- Prótesis extremidad inferior transfemoral
- Otras prótesis extremidad inferior
- Prótesis extremidad superior
- Ayuda técnica auditivas audífonos (excluye AATT entregadas por el Programa de Resolutividad de APS)
- Ayuda técnica visuales lentes (excluye AATT entregadas por el Programa de Resolutividad de APS)
- Plantilla ortopédica

- Bota o botín de descarga
- Zapato ortopédico
- Baño portátil
- Tecnologías de la comunicación aumentativa y alternativas
- Equipo ventilador mecánico no invasivo
- Aspirador de secreciones
- Otras

Definiciones operacionales:

En esta sección se debe registrar el total de ayudas técnicas entregadas en cualquier establecimiento de salud de la atención primaria o nivel hospitalario y financiado por el sector salud, según tipo y grupo de edad.

Se registran las ayudas técnicas entregadas a través de problemas salud GES y no GES (PPV No GES, otros financiamientos del sector salud).

Regla de consistencia:

R.1: El total de la sección C.2 debe ser igual a la sección C.3.

R.2: El total de la sección C.2 debe ser mayor o igual a C.1 (Número de personas con ayuda técnica entregada) (Ejemplo: una persona recibe 2 ayudas técnicas, se debe registrar 1 persona en la Sección C.1, 2 ayudas técnicas en la Sección C.2 y 2 condiciones de salud, en la Sección C.3).

Sección C.3: Ayudas técnicas por condición de salud

Definiciones conceptuales:

Esta sección corresponde a las ayudas técnicas entregadas a las personas en el nivel primario de atención y en hospitales según condición de salud y grupo de edad.

Las condiciones de salud para el registro son (definiciones conceptuales en secciones A.1 y B.1):

- Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)
- Disráfias espinales
- Lesión medular
- Ataque Cerebro Vascular (ACV)
- Parálisis cerebral
- Enfermedad de Parkinson
- Esclerosis lateral amiotrófica
- Otras neurológicas
- Dolor musculoesquelético crónico
- Diabetes mellitus
- Amputación
- Oncológicos
- Quemados
- Sensorial auditivo
- Sensorial visual
- Covid-19
- Síndrome Post UCI
- Persona mayor frágil
- Artritis reumatoidea
- Otras reumatológicas
- Otras condiciones de salud

Definiciones operacionales:

En esta sección se debe registrar el total de ayudas técnicas según principal condición de salud, entregadas en cualquier establecimiento de salud, por sexo y grupo de edad correspondiente.

Se registran las ayudas técnicas entregadas a través de problemas salud GES y no GES (PPV No GES, otros financiamientos del sector salud).

Regla de consistencia:

R.1: El total de la sección C.3 debe ser igual a la sección C.2 y mayor o igual a C.1. (Número de personas con ayuda técnica entregada).

REM A29: PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y/O RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

En los equipos de Atención Primaria el Programa de Imágenes Diagnósticas y de Resolutividad se traducen en la capacidad de detectar precozmente, diagnosticar, manejar adecuadamente la patología prevalente y derivar oportunamente según los protocolos establecidos y consensuados y así lograr influir en la incidencia de las patologías.

SECCIONES DEL REM-A29

- **Sección A:** Programa de Resolutividad Atención Primaria de Salud.
- **Sección B:** Procedimientos de Imágenes Diagnósticas y Programa de Resolutividad en APS.
- **Sección C:** Procedimientos apoyo clínico y terapéutico.
- **Sección D:** Entrega de ayudas técnicas.
- **Sección E:** Intervenciones quirúrgicas menores que se realizan en UAPO
- **Sección F:** Fondos de ojo control diabetes mellitus
- **Sección G:** Actividades de rehabilitación en UAPORRINO.
- **Sección H:** Canasta integral dermatología.
- **Sección I:** Atención integral en climaterio.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM A29

UAPO: Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. Las UAPO, dependientes de un establecimiento de atención primaria, contribuyen a mejorar la capacidad resolutiva de la Red Asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y resolutividad con la calidad técnica potenciando a la Atención Primaria, centrando el cuidado en las personas de acuerdo con el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

UAPORRINO: Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica. Las UAPORRINOS, dependientes de un establecimiento de atención primaria, contribuyen a mejorar la capacidad resolutiva de la Red Asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y resolutividad con la calidad técnica potenciando a la Atención Primaria, centrando el cuidado en las personas de acuerdo con el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

Sección A: Programa de Resolutividad Atención Primaria de Salud

Definiciones conceptuales:

Consultas Médicas de Especialidades: Es la atención profesional otorgada por un médico Oftalmólogo u Otorrinolaringólogo a un paciente en un lugar destinado para esos fines.

Oftalmología/UAPO: Corresponde a las consultas realizadas por medico oftalmólogo en UAPO

Otorrinolaringología/UAPORRINO: Corresponde a las consultas realizadas por medico otorrinolaringólogo en UAPORRINO.

Canasta integral oftalmológica: Corresponde al conjunto de actividades orientadas al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud en todas las edades: glaucoma, calificación de urgencia oftalmológica, ojo rojo, necesidad de cirugía menor oftalmológica, sospecha de cataratas y al diagnóstico y tratamiento de los vicios de refracción en personas de 15 a 64 años y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite y se encuentren identificadas en SIGTE.

Esta canasta incluye: consulta médica oftalmólogo, consulta de tecnólogo médico y evaluación integral (examen de agudeza visual, tonometría ocular, optometría, etc.), entrega de medicamentos y la entrega de lentes de cualquier dioptría. Se realizan en aquellas comunas que no disponen de UAPO.

Canasta integral otorrinolaringológica: Corresponde al conjunto de actividades orientadas al diagnóstico y tratamiento hipoacusia No GES, síndrome vertiginoso, epistaxis, otitis aguda y crónica (personas de 15 y más años). Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local y la cobertura del grupo objetivo ya está resuelta.

Se realizan en aquellas comunas que no disponen de UAPORRINO e incluye: consulta médica otorrinolaringólogo, audiometría, y entrega de audífono cuando corresponda y al menos 1 control de seguimiento a los pacientes beneficiarios de audífonos.

Consulta Otros Profesionales: Se refiere a aquella atención profesional realizada por tecnólogo médico o fonoaudiólogo/terapeuta ocupacional en las Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) u Otorrinolaringológica (UAPORRINO). Estas atenciones se registrarán de acuerdo con dos causales por: Vicio de Refracción, calificación de urgencia oftalmológica u Otras Consultas en el caso

de Tecnólogo médico de las UAPO; y por Hipoacusia y otras consultas de tecnólogo médico o fonoaudiólogo y consulta de terapeuta ocupacional en las UAPORRINO.

Tecnólogo médico/a consulta por vicio de refracción: Consulta realizada por derivación de sospecha de vicio de refracción, se registra independientemente si en la consulta se prescriben o no lentes ópticos. Corresponde a las consultas realizadas por el TM de UAPO o por TM contratado en dotación de atención primaria destinado en UAPO.

Tecnólogo médico (Oftalmología) otras consultas**:** Consulta realizada por derivación que contempla evaluación integral del paciente para su correcta derivación. (Ejemplo: evaluación de Pterigión, Fondo de ojo). Corresponde a las consultas realizadas por el TM de UAPO o por TM contratado en dotación de atención primaria destinado en UAPO.

Consulta de calificación de urgencia por tecnólogo médico (UAPO): Incluye atención de pacientes derivados desde la red o pesquisados en consulta dentro de la UAPO, al cual se le realiza TRIAGE oftalmológico quien define si deriva al nivel terciario u oftalmólogo UAPO (falta agregar o indicar que se registre en otras consultas)

Tecnólogo médico (otorrinolaringología) o fonoaudiólogo por hipoacusia (UAPORRINO): Consulta realizada para completar diagnóstico médico de hipoacusia que incorpora al menos evaluación del paciente y exámenes básicos.

Tecnólogo médico (otorrinolaringología) o fonoaudiólogo otras consultas (UAPORRINO): Consulta por otros motivos diferentes a hipoacusia como, por ejemplo, seguimiento de adherencia, calibraciones, rehabilitación, entre otras.

Terapeuta ocupacional: Corresponde a las consultas y/o actividades realizadas por el terapeuta ocupacional en UAPORRINO

Ingresos glaucoma UAPO: Corresponden a los pacientes que ingresan con el diagnóstico de Glaucoma realizado por el Oftalmólogo de la UAPO, él que requiere tratamiento farmacológico y controles periódicos de especialista financiados por el programa de Resolutividad en UAPO.

Egresos de glaucoma UAPO: Corresponde a los pacientes que dejan de recibir el tratamiento farmacológico y los controles periódicos de Glaucoma por el programa de Resolutividad en UAPO, debido a: Fallecimiento del usuario, Traslado del Usuario a otra Unidad Oftalmológica, cambio de asegurador derivación del Glaucoma para manejo en nivel secundario, Alta de la Patología por especialista o por renuncia voluntaria a los controles y retiro de medicamentos del paciente en la UAPO.

Consulta nueva glaucoma UAPO: Consultas derivadas al oftalmólogo de la UAPO con sospecha de glaucoma en la que se confirma o descarta el diagnóstico de glaucoma y da origen al ingreso a UAPO.

Controles de glaucoma UAPO: Se refiere a las atenciones de seguimiento realizada por médico en la UAPO, que requiere tratamiento farmacológico financiado por programa Resolutividad (Crónicos).

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar las actividades correspondientes al programa de Resolutividad en atención primaria. Estas son: consultas, controles, ingresos y/o egresos realizados por las especialidades correspondientes, según grupos de edad definidos y sexo de los pacientes.

Todas las consultas e interconsultas resueltas mediante el programa de Resolutividad, NO se deben registrar en el REM A07, ni en el REM A30.

Se debe registrar, además, la modalidad en que se realiza la prestación, pudiendo ser en modalidad presencial o remota. En modalidad remota se deberán realizar todas las acciones que forman parte de la prestación para ser consideradas homologables.

Por último, en las unidades UAPO y UAPORRINO, excepcionalmente podrán brindar atención a usuarios con patología GES, siempre y cuando exista disponibilidad y no afecte la oportunidad de ni acceso de los usuarios No GES, y existiendo un acuerdo de colaboración y/o el respaldo financiero correspondiente. En este caso, deberá ser registrada la atención a usuarios GES dentro del total y en la columna correspondiente a GES.

Regla de consistencia:

R.1: Los ingresos y egresos por glaucoma en UAPO no se encuentran contenidos en consultas médicas de especialidades, a diferencia de las consultas nuevas y los controles, que si lo están.

R.2: Los descartes de Glaucoma corresponderán a las consultas nuevas por glaucoma, menos los ingresos.

R.3: Las consultas médicas o de otros profesionales en donde se realicen procedimientos, deben ser registrada como sólo una consulta, independiente del número de procedimientos realizados en ella.

Sección B: Procedimientos de Imágenes Diagnósticas y Programa de Resolutividad en APS

Definiciones conceptuales:

Esta sección comprende el registro de las actividades contempladas y comprometidas, tanto por los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, como por los establecimientos de dependencia municipal, a través del Programa de Imágenes Diagnósticas y Programa de Resolutividad de Atención Primaria, permitiendo conocer la demanda de exámenes y porcentaje de realización de estos.

Este programa tiene el objetivo de mejorar mediante, el apoyo de procedimientos de Imagenología, la capacidad resolutiva en el diagnóstico clínico, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia y calidad técnica considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e integral, otorgando prestaciones de apoyo diagnóstico.

El cumplimiento oportuno de estas actividades se puede realizar por distintas vías, como producción propia del establecimiento (Institucional), compras de servicio a otros establecimientos de la red pública (Compras al Sistema) o compra de Servicios a establecimientos del sector privado (Compra Extrasistema).

Incluye las siguientes prestaciones:

- Mamografías
- Ecotomografía Mamaria
- Ecotomografía Abdominal
- Ecografía transvaginal o rectal (excluye climaterio)
- Endoscopia Digestiva Alta
- Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad)
- Radiografía de Tórax
- Radiografía de Pelvis

Definiciones operacionales:

Se registran las actividades financiadas a través del Programa de Imágenes Diagnósticas y Programa de Resolutividad de Atención Primaria, independiente de la dependencia del establecimiento donde se solicita o ejecuta la prestación, según grupo etario y resultados del examen, cuando corresponda.

En el caso de las mamografías debe registrarse, el resultado, según la clasificación Birads (0, 1 o 2, 3, 4, 5 o 6), además, aquellas que están sin informe de Birads a la fecha de corte y las magnificaciones o focalizaciones. Todo lo anterior, por grupo de edad.

- Ecotomografía Mamaria: se debe registrar, además si corresponde Informe de Sospecha de Malignidad
- Ecotomografía Abdominal: se debe registrar también Resultado Litiasis Biliar, si corresponde.

- Ecografía Transvaginal o Rectal: Se deben registrar las ecografías transvaginales o transrectales independiente de la dependencia del establecimiento donde se realiza la prestación, según grupo etario y resultados del examen.
- Endoscopia Digestiva Alta: se debe registrar si corresponde toma de biopsia, Informe de sospecha de malignidad, test de ureasa, solicitados y los positivos.
- Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad: Cirugía Menor se debe registrar Biopsias solicitadas, realizadas y aquellas muestras enviadas a Anatomía Patológica, y el número de biopsias analizadas, con informe de sospecha de Malignidad.
- Radiografía de Tórax: se debe registrar el total realizado, según placa posterior o anteroposterior.
- Radiografía de Pelvis: se debe registrar sólo los totales y según modalidad.

En el caso que se usen las tecnologías de la información y comunicación para informar los procedimientos de imágenes diagnósticas adquiridos en APS, dicho informe debe ser registrado en el REM A30 sección C.

El uso de la telemedicina abarca la utilización de plataformas para el envío de las imágenes y el posterior envío del informe por la misma vía, o la visualización de la imagen directamente desde un PAC y el posterior envío del informe. Se excluyen los traslados físicos de imágenes o CDs que porten la información.

Regla de consistencia:

R.1: El total de la desagregación según rango etario, debe ser igual al total de lo informado o realizado al corte.

R.2: En relación con el registro de las mamografías, se deben registran todas las proyecciones complementarias.

Sección C: Procedimientos de apoyo clínico y terapéutico

Definiciones conceptuales:

Corresponden a los procedimientos de apoyo clínico y terapéutico realizados por médicos especialistas y Tecnólogos Médicos en las unidades UAPO y UAPORRINO que se encuentran contemplados en el Programa de Resolutividad en Atención Primaria. Las especialidades son Oftalmología y Otorrinolaringología.

Otros procedimientos: Corresponde a aquellos procedimientos que no han sido detallados en las filas anteriores, como puede ser el lavado de oídos u otro, y que son de resorte de resolver en UAPORRINO.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el total de procedimientos realizado por tipo de especialidad, oftalmología u otorrinolaringología, por tipo de profesional (médico/a o tecnólogo médico, fonoaudiólogo/a o terapeuta ocupacional) y por tipo de procedimiento realizado.

En el caso de las exploraciones vitreoretinales y las retinografías en esta sección, se debe excluir aquellas realizadas como control de personas con diabetes mellitus (fondo de ojo), que serán registradas en sección propia.

Los procedimientos son realizados en el contexto de una consulta, por lo que se encuentran contempladas dentro de ellas. Corresponde registrar solamente una consulta independiente del número de procedimientos que se realicen en ella.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección D: Entrega de ayudas técnicas

Definiciones conceptuales:

Esta sección corresponde a la entrega de lentes y audífonos a los pacientes en el marco del Programa de Resolutividad de la Atención Primaria para todas las edades hasta menor de 65 años de edad. El registro es realizado para los Consultorios Generales Urbanos y Rurales y/o Centros de Salud, Posta de Salud Rural dependientes de las Municipalidades.

Definiciones operacionales:

Se deben registrar los lentes, audífonos entregados a usuarios, a través de Programa de Resolutividad de Atención Primaria por el grupo de edad y sexo correspondiente. Si la entrega de audífono es bilateral debe registrar por cada oído.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Intervenciones quirúrgicas menores que se realizan en UAPO

Definiciones conceptuales y operacionales:

Intervenciones quirúrgicas menores en UAPO**:** Corresponden a aquellas intervenciones quirúrgicas menores mínimamente invasivas, de corta duración, fácilmente accesibles, bajo anestesia local de los cuales no se espera que existan complicaciones postquirúrgicas importantes.

Requisito es contar con el oftalmólogo, equipos y equipamiento específicos, que permitan brindar una atención oftalmológica de calidad y segura. El procedimiento deberá realizarse, idealmente, en un pabellón de cirugía menor y, podrá realizarse en la sala de procedimientos quirúrgicos menores del establecimiento de atención primaria adjunto a la UAPO o en box de la Unidad adaptado para el tipo de procedimiento que cuente con la debida autorización sanitaria

Entre las intervenciones quirúrgicas menores encontramos:

- Intubación lagrimal.
- Plastía de puntos lagrimales.
- Absceso, vaciamiento y/o drenaje de.
- Absceso, trat. Quir. párpado o ceja.
- Biopsia de párpado y/o anexos.
- Blefarorrafia con blefarotomía posterior.
- Cantoplastía.
- Chalazión y otros tumores benignos.
- Xantelasma, trat. Quir.
- Herida o dehiscencia de sutura de párpado, reparación.
- Sutura de herida o dehiscencia de la conjuntiva.
- Pterigión y/o pseudopterigión o su recidiva, extirpación.
- Extirpación de tumor benigno de la conjuntiva.
- Crioterapia y recesión conjuntival.
- Extracción quir. De cuerpo extraño en cornea y/o esclera Iridotomía.
- Trabeculoplastía o iridoplastía.

De existir otras éstas deben estar debidamente acreditadas e informadas a División de Atención Primaria, MINSAL.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F: Fondos de ojo control Diabetes Mellitus.

Definiciones conceptuales:

Fondo de Ojo control Diabetes Mellitus en UAPO: Corresponden a aquellos exámenes de fondo de ojo realizados a aquellas personas con Diabetes Mellitus derivadas por el equipo del Programa de Salud Cardiovascular mediante una Solicitud en SIGTE como parte de su control integral. Este tamizaje puede ser realizado mediante una exploración vitreorretinal o una retinografía.

Exploración Vitreorretinal: Corresponde a la exploración en vivo del fondo del ojo, realizada por el médico especialista. Considera la realización en ambos ojos como un sólo procedimiento.

Retinografía: Corresponde a una captura fotográfica del fondo de ojo, la que debe ser analizada e informada posteriormente. Considera la realización en ambos ojos como un sólo procedimiento. Las retinografía, para ser analizadas e informadas posteriormente, pueden ser subidas a plataformas ya sea de teleinforme o de tamizaje mediante Inteligencia Artificial, locales o de Salud Digital Ministerial.

Entrega de resultados fondo de ojo al usuario: Corresponde a la entrega de información al usuario del resultado de su examen de fondo de ojo. Esta acción puede ser realizada vía presencial o remota, debe quedar consignada en el Registro Clínico del usuario. Se debe reforzar la repetición del examen tras un año o el periodo que el especialista estime pertinente de acuerdo con los hallazgos.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registran las actividades del médico UAPO, es decir, las exploraciones Vitreorretinales, y las del Tecnólogo Medico de la UAPO, es decir, las retinografía.

Se debe registrar el número de retinografías que se subieron a plataforma local y/o de Salud Digital Ministerial, además de registrar cuantas de ellas fueron consideradas sin alteración y cuantas como sospechas de alteración. Aquellas con sospecha deben ser informadas por médico especialista, lo que debe ser registrado de acuerdo con que especialista realiza dicho informe.

Regla de consistencia:

R.1: Las imágenes subidas a las plataformas, en su totalidad, no pueden superar el número de retinografías realizadas.

R.2: El número de entrega de resultados fondo de ojo al usuario no debe exceder el número de retinografía.

Sección G: Actividades de rehabilitación en UAPORRINO

Definiciones conceptuales:

Corresponden a las actividades de rehabilitación realizadas en UAPORRINO que se encuentran contempladas en el Programa de Resolutividad en Atención Primaria: rehabilitación auditiva, rehabilitación vestibular, rehabilitación de la deglución, evaluación y seguimiento de la adherencia al uso de audífonos.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el total de actividades, el total de sesiones realizadas y el de usuarios beneficiados. Contempla las acciones de rehabilitación en materia otorrinolaringológica que no corresponden al REM A28.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección H: Canasta integral dermatología

Definiciones conceptuales:

Teleinterconsulta dermatológica: Es la atención profesional otorgada por el Médico Especialista en dermatología, la que se realiza a distancia mediante la participación de dos Profesionales Médicos, quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de ese vínculo un planteamiento Diagnóstico y Terapéutico.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar el total de teleinterconsultas solicitadas y las respondidas, así como la información entregada al usuario, desagregadas por edad. También se debe registrar la modalidad de resolución de la tele interconsulta, pudiendo ser resuelta por medico institucional, de Hospital Digital u otro como compra de servicios, operativos, etc.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección I: Canasta integral en climaterio.

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la atención de especialidad, dirigida a aquellas mujeres bajo control en atención integral del climaterio en Atención primaria, que presentan puntaje elevado de MRS (escala estandarizada de autoevaluación de los síntomas menopáusicos) y por condiciones de salud requieren evaluación de Medico Ginecólogo para prescripción Terapia de hormonal de la menopausia de acuerdo a Orientación técnica vigente.

Incluye: Consulta médica ginecólogo, examen de laboratorio de hormona folículo estimulante (FSH), exámenes de apoyo diagnóstico (ecotomografía transvaginal o transrectal) y prescripción de medicamentos a entregar por la APS por otra vía de financiamiento (programas ministeriales).

Consulta médica ginecológica en climaterio: corresponde a la compra o entrega de consulta ginecológica por médico especialista ginecólogo a mujeres de 45 a 64 años que estén en etapa de climaterio con patologías asociadas a la baja de estrógenos, de acuerdo con criterios de derivación a especialidad según OT de Climaterio o documentos vigentes.

Hormona foliculoestimulante en sangre: corresponde al examen realizado con el propósito de evaluar, diagnosticar fertilidad perimenopausia y sólo en casos de amenorrea de menos de12 meses con sintomatología climatérica para indicación de tratamiento.

Ecografía transvaginal o transrectal: examen que se solicita en mujeres en etapa de climaterio con útero cuando el examen ginecológico es anormal o cuando se sospecha de alguna patología que amerite su solicitud de acuerdo con orientaciones técnicas y documentos vigentes.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el total de consultas por especialista, exámenes de hormona foliculoestimulante en la sangre (FSH) y Ecografías transvaginales o transrectales informados en el marco de la atención integral de climaterio.

Se deben incorporar al registro todas las mujeres en período de climaterio, incluidas las que presenten menopausia precoz. De esta manera, el examen se asocia a la atención de salud del climaterio en general, sin rango etario.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

REM A30: ATENCIONES POR TELEMEDICINA EN LA RED ASISTENCIAL

Telemedicina: Corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia, mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación, que permite realizar diagnóstico, tratamiento, promoción, prevención, rehabilitación y cuidados de fin de la vida. Es realizada por profesionales de la salud, permitiendo intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y oportunidad, asegurando la calidad y continuidad de la atención en un sistema integrado de salud.

La telemedicina puede darse en dos modalidades:

1) La modalidad sincrónica consiste en la interacción en tiempo real entre dos integrantes del equipo de salud, con el objetivo de resolver o discutir el problema de salud de un usuario, pudiendo este último estar o no presente.
2) La modalidad asincrónica consiste en la interacción en tiempo diferido entre dos integrantes del equipo de salud, con el objetivo de resolver o discutir el problema de salud del usuario. Éste último, no se encuentra presente, no obstante, el proceso de atención finaliza una vez que al usuario se le informa el resultado de su consulta. Se utiliza la modalidad asincrónica en aquellos casos en los que el diagnóstico o la consulta de la información enviada no implican una situación de emergencia, y se puede diferir su consulta en minutos u horas.

SECCIONES DEL REM-A30

- **Sección A:** Teleinterconsulta de especialidad (atención realizada de médico a médico).
- **Sección B:** Teleinterconsulta Médica en Establecimientos de Atención Secundaria de Urgencia (Atención Médico A Médico).
- **Sección C:** Teleinformes en establecimientos de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria.
- **Sección D:** Teleinterconsulta Odontológica.
- **Sección E:** Teleprocedimientos en Atención Secundaria y Terciaria.
- **Sección F:** Telecomité de Especialidad.
- **Sección G:** Teleinterconsulta medicina abreviada.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS DE LAS SECCIONES DEL REM-A30

Sección A: Teleinterconsulta de especialidad (atención realizada de médico a médico)

Definiciones conceptuales:

Teleinterconsulta médica de Especialidad Ambulatoria Nueva: Corresponde a la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, realizada por médico especialista mediante la que puede o no dar resolución al problema de salud y es independiente de atenciones anteriores que se hayan efectuado al usuario en la misma especialidad, pero por otras causas.

La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de ese vínculo un planteamiento Diagnóstico y Terapéutico.

Teleinterconsulta médica de Especialidad Ambulatoria Control: Corresponde a la atención de seguimiento del proceso iniciado por un primer episodio de enfermedad, realizada por médico especialista, en forma ambulatoria y en un lugar destinado para estos fines.

La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de ese vínculo un planteamiento Diagnóstico y Terapéutico.

Teleinterconsulta médica de Especialidad realizada a pacientes Hospitalizados**:** Corresponde a la atención de médicos especialistas que realizan a pacientes hospitalizados a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación.

Sólo registra producción el profesional que resuelve la consulta. La consulta de médico tratante no puede ser considerada como Consulta médica ambulatoria con fines de facturación, ya que su valor se incluye en el día cama.

Modalidad Compras de Servicio**:** Corresponde a aquellas Teleinterconsulta de especialidad que son realizadas mediante la compra de servicio, ya sea a algún profesional médico perteneciente a la Red Asistencial (siempre y cuando la prestación se otorgue fuera de su horario laboral institucional) o a algún profesional médico del extra sistema

Modalidad Institucional: Corresponde a aquellas Teleinterconsulta de especialidad que son otorgadas por profesionales médicos de la Red Asistencial, utilizando sus horas institucionales contratadas y programadas.

Teleinterconsultas solicitadas desde APS o Nivel Secundario y resueltas por otro establecimiento**:** Corresponde a la consulta de morbilidad o de especialidad destinada a ser resuelta por telemedicina por un establecimiento de mayor complejidad. Este registro lo realiza el establecimiento del médico tratante del paciente y además debe cargarse al Sistema de Gestión de Tiempo de Espera (SIGTE).

Definiciones operacionales:

Se considera producción de Teleinterconsulta la atención otorgada por el Médico Especialista que resuelve la consulta las que serán registradas en la sección A de acuerdo a la especialidad y la modalidad.

Las Teleinterconsulta solicitadas desde APS o nivel secundario para ser resultas por otro establecimiento se deben registrar en las últimas columnas de esta sección.

Los pacientes ambulatorios se deben desagregar entre consulta nueva de especialidad o consulta de control de especialidad. Lo que a su vez se encuentra subdividido en edad (0 a 14 años, 15 a 19 años y 20 y más años) y sexo.

Se debe registrar la modalidad de resolución separado en compra de servicios, la cual a su vez se divide en si la prestación fue otorgada por un profesional del sistema público fuera de su horario institucional o un profesional del extrasistema. La otra modalidad corresponde a las prestaciones otorgadas por un profesional dentro de su horario institucional.

Se excluyen las realizadas y financiadas por el Programa de Resolutividad en la Atención Primaria, las que deben ser registradas en el REM A29.

Regla de consistencia:

R.1: El total de consultas nuevas y controles debe coincidir con el total de consultas registradas en la columna de modalidad de compra de servicios e institucional.

Sección B: Teleinterconsulta médica en establecimientos de Atención Secundaria de Urgencia (Atención médico a médico).

Definiciones conceptuales:

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

La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de ese vínculo un planteamiento diagnóstico y terapéutico.

Emergencia: Se entenderá aquella atención de salud impostergable, definida así, por el equipo médico a partir de la aplicación de criterios clínicos.

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

Teleinterconsulta médica de Urgencia en Hospitales de alta y mediana complejidad: Corresponde a la consulta otorgada por el médico en los servicios de atención de urgencia, con el fin de resolver la consulta solicitada desde otro dispositivo de urgencia de la red. La entrega de esta prestación se otorga a distancia mediante el uso de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de ese vínculo un planteamiento Diagnóstico y Terapéutico.

Tipos de Telemedicina de Urgencia:

1) Consulta Urgencias Otros: Corresponde a otras atenciones de urgencias, además de ACV y Gran Quemados, otorgada por un médico en un establecimiento de mediana y alta complejidad con el fin de resolver la consulta solicitada desde otro dispositivo de urgencia de la red, a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación.
2) Accidente Cerebro Vascular (ACV): Es la atención de Urgencia activada por código ACV y otorgada por médico especialista en un establecimiento de mediana y alta complejidad con el fin de resolver la consulta solicitada desde otro dispositivo de urgencia de la red, a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación.
3) Quemados: Es la atención de urgencia otorgada por médico especialista en un establecimiento de mediana y alta complejidad con el fin de resolver la consulta solicitada desde otro dispositivo de urgencia de la red, a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicación.

Modalidad Compras de Servicio: Corresponde a aquellas atenciones de urgencia que son realizadas mediante la compra de servicio, ya sea a algún profesional médico perteneciente a la Red Asistencial (siempre y cuando la prestación se otorgue fuera de su horario laboral institucional) o a algún profesional médico del extra sistema.

Modalidad Institucional Establecimientos de la Red**:** Corresponde a aquellas atenciones de Urgencia que son otorgadas por profesionales médicos de la Red Asistencial, utilizando sus horas institucionales contratadas y programadas

Teleinterconsulta solicitadas desde APS o Nivel Secundario y resueltas por otro establecimiento: Corresponde a la consulta de urgencia destinada a ser resuelta por telemedicina por un establecimiento de mayor complejidad. Este registro lo realiza el establecimiento de urgencia del médico tratante del paciente.

Definiciones operacionales:

Se considera producción de Teleinterconsulta la atención otorgada por el Médico Especialista que resuelve la consulta de urgencia.

Los pacientes de urgencia se deben desagregar en edad (0 a 14 años, 15 a 19 años y 20 y más años) y sexo (hombre o mujer), así como también el tipo de Urgencia, el cual debe diferenciarse entre Accidente Cerebro Vascular (ACV), Quemados u otras consultas de urgencia.

En la columna de "Teleinterconsulta solicitadas desde APS o Nivel Secundario y resueltas por otro establecimiento" no constituye producción de telemedicina. Se registra la consulta del médico tratante en urgencias que fue destinada a telemedicina. En la práctica el profesional deberá registrar su consulta de urgencia habitual (REM A08 sección A) y además deberá señalar en sus registros que dicha consulta se destinó a telemedicina, lo cual irá registrado en el REM A30 sección B.

Regla de consistencia:

R.1: El total de Teleinterconsulta de urgencia debe coincidir con el total de consultas registradas en la columna de modalidad de compra de servicios e institucional Establecimientos de la Red.

Sección C: Teleinformes en establecimientos de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria

Definiciones conceptuales:

Corresponde al informe médico u odontológico elaborado a partir de procedimientos diagnósticos realizados en establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria.

- Modalidad Compras de Servicio**:** Corresponde a aquellos informes que son realizados mediante la compra de servicio, ya sea a algún profesional médico u odontólogo perteneciente a la Red Asistencial (siempre y cuando la prestación se otorgue fuera de su horario laboral institucional) o a algún profesional médico del extrasistema.
- Modalidad Institucional Establecimientos de la Red: Corresponde a aquellos informes que son realizados por profesionales médicos u odontólogos de la Red Asistencial, utilizando sus horas institucionales contratadas y programadas.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de informes realizados por el médico u odontólogo especialista no el procedimiento realizado. En el caso de los procedimientos financiados por los Programa de Imágenes Diagnósticas, estos se registran en el REM A29. Para el caso específico de los informes de fondos de ojo financiados por el programa de Resolutividad en APS deben registrarse en REM A29.

El uso de la telemedicina abarca la utilización de plataformas para el envío de las imágenes y el posterior envío del informe por la misma vía, o la visualización de la imagen directamente desde un PAC y el posterior envío del informe. Se excluyen los traslados físicos de imágenes o CDs que porten la información.

Se debe registrar la modalidad de resolución separado en compra de servicios, la cual a su vez se divide en si la prestación fue otorgada por un profesional del sistema público fuera de su horario institucional o un profesional del extrasistema. La otra modalidad corresponde a las prestaciones otorgadas por un profesional dentro de su horario institucional

Regla de consistencia:

R.1: El total de informes realizados por telemedicina debe coincidir con el total de informes registrados en la columna de modalidad de compra de servicios e institucional.

Sección D: Teleinterconsulta odontológica

Definiciones conceptuales:

Es la atención de salud a distancia que permite hacer diagnósticos, efectuar tratamientos, prevenir enfermedades y rehabilitar, realizada por profesionales odontólogos que utilizan Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de acceso o de oferta a los servicios en su área geográfica.

Contempla tanto consultas nuevas como consultas de control.

Teleinterconsulta de especialidad odontológica ambulatoria nueva: Corresponde a la primera evaluación del paciente derivado a la consulta de especialidad, donde se evaluará el caso y se emitirá una orientación diagnóstica al odontólogo/a tratante, pudiendo indicar tratamiento en el origen, atención presencial o control posterior. La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante el uso de TIC.

Teleinterconsulta de especialidad odontológica ambulatoria control: Corresponde a la consulta de especialidad indicada por el/la especialista odontólogo/a para evaluar el problema de salud diagnosticado en la consulta nueva de especialidad. La entrega de esta prestación se realiza a distancia mediante el uso de TIC.

Modalidad Compras de Servicio: Corresponde a aquellas consultas de especialidad realizadas a través de telemedicina, que son realizadas mediante la compra de servicio, ya sea a algún profesional odontólogo/a perteneciente a la Red Asistencial (siempre y cuando la prestación se otorgue fuera de su horario laboral institucional) o a algún profesional odontólogo/a del extrasistema.

Modalidad Institucional Establecimientos de la Red: Corresponde a aquellas consultas de especialidad realizadas a través de telemedicina, que son otorgadas por profesionales odontólogos/as de la Red Asistencial, utilizando sus horas institucionales contratadas y programadas.

Solicitud de Teleinterconsulta de especialidad odontológica a través de telemedicina: Corresponde a la consulta de morbilidad o de especialidad emitida desde APS o nivel secundario destinada a ser resuelta a través de telemedicina por un odontólogo/a, de otro establecimiento. Este registro se debe realizar en el establecimiento del odontólogo/a tratante del paciente. Toda solicitud de Teleinterconsulta debe ingresarse al Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)

Definiciones operacionales:

Se considera producción de telemedicina la atención otorgada por el Especialista Odontólogo/a que responde la consulta.

La atención de los pacientes ambulatorios se debe desagregar entre consulta nueva de especialidad o consulta de control de especialidad. Lo que a su vez se encuentra subdividido en edad (0 a 14 años, 15 a 19 años y de 20 y más años) y sexo.

Se debe registrar la modalidad de resolución en el caso de compra de servicios, debe registrarse si la prestación fue otorgada por un profesional del sistema público fuera de su horario institucional o un profesional del extrasistema. La otra modalidad corresponde a las prestaciones otorgadas por un profesional dentro de su horario institucional.

Los registros en "Solicitud de Teleinterconsulta de Especialidad Odontológica a través de Telemedicina" no constituyen producción de telemedicina. Se registra la consulta del profesional odontólogo/a tratante que fue destinada a telemedicina. En la práctica el/la profesional deberá registrar su consulta de morbilidad (REM A09 sección A) y además deberá señalar en sus registros que dicha consulta se destinó a telemedicina, lo cual irá registrado en REM A30 sección D.

Regla de consistencia:

R.1: El total de Teleinterconsulta debe coincidir con el total de consultas registradas en la columna de modalidad de compra de servicios e institucional.

Sección E: Teleprocedimientos en Atención Secundaria y Terciaria

Definiciones conceptuales:

Corresponde a prestaciones de salud, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos y/o terapéuticos, los cuales implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.

La entrega de esta prestación será guiada a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente, generándose de ese vínculo una orientación diagnóstica.

Modalidad Compras de Servicio: Corresponde a aquellos procedimientos guiados que son realizados mediante la compra de servicio, ya sea a algún profesional médico perteneciente a la Red Asistencial (siempre y cuando la prestación se otorgue fuera de su horario laboral institucional) o a algún profesional médico del extrasistema.

Modalidad Institucional: Establecimientos de la Red: Corresponde a aquellos procedimientos guiados que son otorgados por profesionales médicos de la Red Asistencial, utilizando sus horas institucionales contratadas y programadas.

Procedimientos por telemedicina solicitados desde nivel secundario y terciario, resueltos por otro establecimiento de mayor complejidad: Corresponde a aquellos procedimientos solicitados para ser resueltos por telemedicina por un profesional de la salud en un establecimiento de mayor complejidad. Este registro se debe realizar en el establecimiento en que se encuentre el tratante del paciente.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de procedimientos guiados por el médico especialista.

Los procedimientos se deben desagregar de acuerdo al paciente por edad (0 a 14 años, 15 a 19 años y de 20 y más años) y sexo (hombre o mujer)

En el caso de la trombólisis de Urgencia Infarto Cerebral (ACV), además de ser registrado en esta sección, debe ser registrado en la sección B. (Telemedicina de urgencia ACV).

Se debe registrar la modalidad de resolución separado en compra de servicios, la cual a su vez se divide en si la prestación fue otorgada por un profesional del sistema público fuera de su horario institucional o un profesional del extrasistema. La otra modalidad corresponde a las prestaciones otorgadas por un profesional dentro de su horario institucional

La producción del profesional que solicita el teleprocedimiento se registra en el caso de nivel secundario o terciario en el REM A30 sección E. Lo anterior no constituye producción de telemedicina.

Regla de consistencia:

R.1: El total de consultas realizadas por telemedicina debe coincidir con el total de consultas registradas en la columna de modalidad de compra de servicios e institucional.

Sección F: Telecomité de especialidad

Definiciones conceptuales:

Son las instancias en que se tomen decisiones relacionadas con el diagnóstico y plan de tratamiento, con la concurrencia de varios profesionales de diferentes especialidades, agrupados en un comité, que utiliza tecnologías de la información y comunicación, se denomina Telecomité. En este caso, las decisiones son consensuadas por varios profesionales y el sujeto de intervención sigue siendo el paciente para relevar sus características particulares.

Consiste en una actividad sincrónica, porque todos están conectados en tiempo real para la discusión de los casos. Estos pueden discutirse basándose en la historia clínica o agregando la evaluación de la persona de forma presencial con la figura del médico tratante.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar según telecomités realizados, casos revisados y solicitados desde nivel secundario y terciario y resueltos por otro establecimiento desagregados por grupo etario.

Regla de consistencia:

No requiere regla de consistencia.

Sección G: Teleinterconsulta medicina abreviada

Definición conceptual

Corresponde a la ejecución de teleinterconsultas de tratamiento anticoagulante oral de forma remota entre profesionales, cuyo propósito es la entrega de resultados de exámenes, indicación de tratamiento o confección de recetas.

Definiciones operacionales

Se considera producción de Teleinterconsulta medicina abreviada a la atención otorgada por el Médico especialista que genera la receta o indicación de tratamiento en base a los datos aportados por el examen correspondiente.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia

REM A30AR: ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN DE SALUD A DISTANCIA (HOSPITAL DIGITAL)

ESTE REM DEBE SER LLENADO ÚNICAMENTE POR HOSPITAL DIGITAL DEL NIVEL CENTRAL (MINSAL).

Atención remota corresponden a las atenciones realizadas a distancia a través de medios telefónicos o digitales. Dentro de ellas se encuentra la Telemedicina, la cual corresponde a la prestación de servicios de atención de la salud determinada por la distancia que compete a todos los profesionales de la atención sanitaria y tiene lugar mediante la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones para el intercambio de información válida con fines de diagnóstico, terapéutico y prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y formación permanente de los profesionales de la salud, con miras a promover la salud de las personas y las comunidades.

El uso de la telemedicina puede ser tanto en condiciones de atención ambulatoria como de hospitalizados.

La telemedicina puede realizarse entre:

- Un profesional y un paciente (asistido o no)
- Entre dos o más miembros del equipo de salud.
- Varios miembros del equipo de salud y uno o más pacientes.

De acuerdo con la temporalidad se puede diferenciar el momento en que se ofrece la solución al solicitante, de esta manera se distinguen dos modalidades, aplicables a todos los tipos de actividades de telemedicina:

- **Telemedicina Sincrónica:** Corresponde a la interacción en "tiempo real y en vivo" que permite las comunicaciones entre los integrantes del equipo de salud entre sí, o entre el paciente y el equipo de salud.
- **Telemedicina Asincrónica:** Corresponde a la interacción "diferida", que permite el almacenamiento y transmisión de datos e imágenes, los que son enviados a un profesional de la salud junto con antecedentes clínicos del paciente, para que este emita un diagnóstico y tratamiento en forma posterior.

Las actividades de telemedicina pueden ocupar cierto orden, según el momento de ingreso:

- **Telemedicina en Consulta Nueva:** Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución a un problema de salud. Cada primera atención de un paciente generado es una consulta nueva por la que se realiza la atención, independiente que el paciente haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.
- **Telemedicina en Consulta Control:** Son las atenciones posteriores a la primera consulta por un mismo problema de salud, cuya finalidad es completar el estudio, tratamiento y
- seguimiento.

SECCIONES DEL REM-A30 AR

- **Sección A:** Atenciones por telemedicina de especialidad médica.
- **Sección A.1:** Teleinterconsulta de especialidad médica por Hospital Digital.
- **Sección A.2:** Teleconsulta de especialidad médica por Hospital Digital.
- **Sección B:** Teleinformes en establecimientos de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria.
- **Sección C:** Teleinterconsultas de especialidades odontológicas por Hospital Digital.
- **Sección D:** Atenciones de telemedicina realizada por otros profesionales.
- **Sección D.1:** Teleinterconsulta otros profesionales de la salud realizada por Hospital Digital.
- **Sección D.2:** Teleconsulta otros profesionales de la salud realizada por Hospital Digital.
- **Sección E:** Teleconsultas en estrategias de Medicina General
- **Sección F:** Estrategias en Salud Mental.
- **Sección F.1:** Estrategia salud mental población general.
- **Sección F.2:** Estrategia salud mental en funcionarios de la salud.
- **Sección F.3:** Alta Programa de Acompañamiento en Salud Mental por telemedicina a población general (PASMET).
- **Sección F.4:** Alta Programa de Acompañamiento en Salud Mental por telemedicina a funcionarios (PASMET).
- **Sección G:** Telecomité.
- **Sección H:** Orientación telefónica en Salud.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS DE LAS SECCIONES DEL REM-A30 AR

Sección A: Atenciones por Telemedicina de especialidad médica.

Sección A.1: Teleinterconsulta de especialidad médica por Hospital Digital.

Definiciones conceptuales

Teleinterconsulta: Se refiere a aquella atención sincrónica o asincrónica (interconsulta electrónica), que se realiza entre profesionales de la salud, con o sin la presencia o participación directa del paciente durante dicho intercambio. En el caso de la teleinterconsulta sincrónica, los antecedentes de la persona, que es sujeto de intervención, son presentados por un profesional de la salud a un especialista, para la resolución de la consulta a distancia de forma sincrónica. En la modalidad asincrónica, el paciente no se encuentra presente en el momento del intercambio de información, los antecedentes de la persona consultante los entrega un miembro del equipo de salud, quien, luego de analizar datos del paciente, requiere generar o contrastar diagnósticos y decisiones terapéuticas con otro profesional (por ejemplo, un especialista). Destacando que el sujeto de intervención es la persona que tiene el problema de salud, aun cuando no esté presente en el evento, y el objetivo de la atención es el diagnóstico y plan de tratamiento.

Teleinterconsulta médica de especialidad ambulatoria nueva: Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución a un problema de salud. Cada primera atención de un paciente generado es una consulta nueva por la que se realiza la atención, independiente que el paciente haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.

Teleinterconsulta médica de especialidad ambulatoria control: Son las atenciones posteriores a la primera consulta por un mismo problema de salud cuya finalidad es completar el estudio, tratamiento y seguimiento.

Teleinterconsultas solicitadas desde APS o nivel secundario resueltas por Hospital Digital: Corresponde a aquella en que el profesional de APS o secundaria solicita la Teleinterconsulta a Hospital Digital registrándose en las columnas "Teleinterconsultas Solicitadas desde APS o Nivel Secundario Resueltas Por Hospital Digital".

Definiciones operacionales:

La producción de Teleinterconsultas de especialidad otorgada por Hospital Digital, se reportará desde el Dpto. de Salud Digital nivel central, en base a los datos obtenidos a través de la plataforma de telemedicina de Hospital Digital (HD). Esta producción sólo contempla las teleinterconsultas respondidas por los especialistas contratados por HD. Aquellos establecimientos que utilicen la plataforma como medio para el desarrollo de la telemedicina, pero los especialistas que responden sean médicos contratados por sus establecimientos en horas institucionales, dicha producción debe ser registrada en REM A30 sección A.

Toda solicitud de teleinterconsulta debe ser ingresada al Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)

Teleinterconsultas solicitadas desde APS o nivel secundario, resueltas por Hospital Digital, serán registradas desde el Dpto. de Salud Digital nivel central, en base a los datos obtenidos a través de

la plataforma de telemedicina de Hospital Digital. Sólo se consideran las solicitudes dirigidas a los especialistas contratados por Hospital Digital.

Regla de consistencia

R.1: El total de teleinterconsultas médicas de especialidad realizadas por Hospital Digital, desagregada por edad y sexo, debe ser igual a la sumatoria de "Teleinterconsultas médicas de especialidad ambulatoria nueva" y "Teleinterconsultas médicas de especialidad ambulatoria control"

Sección A.2: Teleconsulta de especialidad médica por Hospital Digital

Definiciones conceptuales

Teleconsulta: Se refiere a la actividad sincrónica de interacción que ocurre entre un profesional de la salud (médico) y un paciente, con el objetivo de otorgar una atención con fines diagnóstico o terapéutico a través de medios electrónicos. Durante la teleconsulta podrían participar otros miembros del equipo de salud que se encuentran físicamente al lado de la persona atendida, acompañando o facilitando la atención.

Teleconsulta en de especialidad Consulta Nueva: Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución a un problema de salud. Cada primera atención de un paciente generado es una consulta nueva por la que se realiza la atención, independiente que el paciente haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.

Teleconsulta de especialidad Control: Son las atenciones posteriores a la primera consulta por un mismo problema de salud cuya finalidad es completar el estudio, tratamiento y seguimiento.

Teleconsultas solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital, serán registradas desde el Dpto. de Salud Digital nivel central, en base a los datos obtenidos a través de la plataforma de telemedicina de Hospital Digital. Sólo se contemplan las solicitudes dirigidas a los especialistas contratados por Hospital Digital.

Definición operacional:

La producción de especialidad otorgada por Hospital Digital se reportará desde el Dpto. Salud Digital Nivel central, en base a los datos obtenidos a través de la plataforma de telemedicina de Hospital Digital. La producción de Hospital Digital contempla sólo las teleconsultas respondidas por los especialistas contratados por Hospital Digital. Aquellos establecimientos que solo utilicen la plataforma como medio para el desarrollo de la telemedicina, pero sean sus especialistas respondiendo en horas institucionales las teleconsultas solicitadas, dicha producción debe ser registrada en REM A32.

Teleconsultas solicitadas desde APS o nivel secundario resueltas por Hospital Digital, serán registradas desde el Dpto. Salud Digital nivel central, en base a los datos obtenidos de las plataformas de telemedicina de Hospital Digital. Sólo se contemplan las solicitudes dirigidas a los especialistas contratados por Hospital Digital.

Regla de consistencia

R.1: El total de teleconsultas médicas de especialidad realizadas por Hospital Digital, desagregada por edad y sexo, debe ser igual a la sumatoria de "Teleconsultas médicas de especialidad ambulatoria nueva" y "Teleconsultas médicas de especialidad ambulatoria control"

Sección B: Teleinformes en establecimientos de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria.

Definiciones conceptuales

Corresponde al informe que un especialista realiza en base a los datos otorgados a través de un examen o procedimiento diagnóstico que se ha realizado en otro lugar. En algunos casos existe la posibilidad de que el especialista guíe la adquisición de imágenes o toma de muestra para tener mejor calidad de material para informar.

La utilización de la estrategia de Hospital Digital utiliza una plataforma digital para el envío de las imágenes y el posterior envío del informe por la misma vía, o la visualización de la imagen directamente desde un Picture Archive Comunication Systems (PACS) y el posterior envío del informe. Se excluyen los traslados físicos de imágenes o CD que porten la información.

Teleinformes de Fondo de Ojo: Corresponde a los Teleinformes realizados por un médico oftalmólogo en base a las retinografías realizadas como método de tamizaje para detectar la presencia de RD, con sensibilidad y especificidad adecuada. El fondo ojo no es un sustituto del examen oftalmológico, pero existe evidencia de que puede servir como herramienta de detección para la RD.

Teleinformes de Mamografía: Corresponde a los teleinformes de mamografías realizados por médicos radiólogos contratados por Hospital Digital, cuyas imágenes son adquiridas por Tecnólogos Médicos desde establecimientos de atención dotados de mamógrafos digitales directos conectados a la red de HD.

Teleinformes de Tomografía Axial Computarizada: Son todos los Informes Radiológicos realizados por médicos radiólogos especialistas contratados por Hospital Digital, cuyas imágenes son adquiridas por tecnólogos médicos desde establecimientos de atención dotados con equipos de tomografías computadas conectados a la red de HD.

Teleinformes de Resonancia Magnética: Son todos los Informes Radiológicos realizados por médicos radiólogos especialistas contratados por Hospital Digital, cuyas imágenes son adquiridas por tecnólogos médicos desde establecimientos de atención dotados con equipos de resonancia magnética conectados a la red de HD.

Teleinformes realizados por Inteligencia Artificial: Corresponde a aquellas imágenes que son revisados en una primera instancia por un sistema de algoritmo que permite identificar casos de retinopatía diabética, los que son enviados a un repositorio para el posteriormente análisis e informe del oftalmólogo.

Definición operacional:

El registro de producción de teleinformes, se reportará desde el Dpto. de Salud Digital Nivel Central, en base a los datos obtenidos a través de la plataforma de Hospital Digital. Se debe desagregar la producción de teleinformes en aquellos que se informan a establecimientos del nivel primario, secundario y terciario.

En el apartado **"Total de teleinformes realizados por Inteligencia Artificial" (IA),** se registran los teleinformes emitidos por la IA con resultado **"Sin sospecha de retinopatía diabética"**

En el apartado de **"Teleinformes realizados por Especialista"** se registran todos los informes realizados a distancia por un especialista. *Para el caso de los teleinformes de fondo de ojo, corresponde a aquellos informes que fueron procesados en primera instancia por la IA y que ésta detectó con **"Sospecha de retinopatía diabética"**, por lo que pasaron a bandeja del oftalmólogo para ser informados por dicho profesional.

Teleinformes solicitadas desde APS, nivel secundario o terciario resueltas por Hospital Digital, serán registradas desde el Dpto. de Salud Digital nivel central.

Regla de consistencia

R.1: El total teleinformes realizados debe ser igual a la sumatoria del registro de producción desagregado por establecimiento según nivel de atención.

R.2: "Total teleinformes realizados" debe ser igual a la sumatoria del "Total teleinformes realizados por Inteligencia Artificial" y "Total teleinformes realizados por especialista".

Sección C: Teleinterconsulta de especialidades odontológicas por Hospital Digital.

Definiciones conceptuales

Teleinterconsulta odontológica: Se refiere a aquella atención sincrónica o asincrónica, que se realiza entre profesionales de la salud, con o sin la presencia o participación directa del paciente durante dicho intercambio. En el caso de la teleinterconsulta sincrónica, los antecedentes de la persona que es sujeto de intervención, son presentados por un profesional de la salud a un especialista, para la resolución de la consulta a distancia de forma sincrónica. En la modalidad asincrónica, el paciente no se encuentra presente en el momento del intercambio de información, los antecedentes de la persona consultante los entrega un miembro del equipo de salud, quien, luego de analizar datos del paciente, requiere generar o contrastar diagnósticos y decisiones terapéuticas con otro profesional (por ejemplo, un especialista). Destacando que el sujeto de intervención es la persona que tiene el problema de salud, aun cuando no esté presente en el evento y el objetivo de la atención es el diagnóstico y plan de tratamiento.

Estas pueden ser:

Teleinterconsulta de Especialidad Odontológica Ambulatoria Nueva: Corresponde a la primera atención generada por un episodio de enfermedad, realizada por un/a odontólogo/a de Hospital Digital, independiente de atenciones anteriores que se hayan efectuado al paciente en la misma especialidad, por otras causas.

Teleinterconsulta de Especialidad Odontológica Ambulatoria Control: Corresponde a la atención de seguimiento del proceso iniciado por un primer episodio de enfermedad, realizada por un/a odontólogo/a de Hospital Digital.

Teleinterconsultas solicitadas desde APS o nivel secundario resueltas por Hospital Digital: Corresponde a la producción del profesional de APS o secundaria que solicita la Teleinterconsulta a Hospital Digital.

Definiciones operacionales:

La producción de Teleinterconsultas de especialidad odontológica otorgada por Hospital Digital se reportará desde el Dpto. de Salud Digital nivel central, en base a los datos obtenidos a través de la plataforma de telemedicina de Hospital Digital (HD). Esta producción sólo contempla las teleinterconsultas respondidas por los/las odontólogos/as contratados por HD. Aquellos establecimientos que utilicen la plataforma como medio para el desarrollo de la telemedicina y los profesionales que responden sean odontólogos contratados por sus establecimientos en horas institucionales, dicha producción debe ser registrada en REM A30 Sección D. **Toda solicitud de interconsulta debe ingresarse al Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)**

Se debe registrar en las columnas correspondientes a **"Consultas por Telemedicina solicitadas desde APS o Nivel Secundario resueltas por Hospital Digital"**. Se debe registrar la solicitud de la interconsulta desagregado por sexo y grupo etario.

Regla de consistencia:

R.1: El "total de teleinterconsultas de especialidades odontológicas" debe ser igual a la sumatoria de las teleinterconsultas de especialidad odontológica nueva y control.

Sección D: Atenciones de Telemedicina realizadas por otros profesionales.

Corresponde a la telemedicina realizada por otros profesionales de la salud como enfermera, químico farmacéutico, psicólogo o nutricionista.

Sección D.1: Teleinterconsulta otros profesionales de la salud realizada por Hospital Digital.

Definiciones conceptuales

Teleinterconsulta: Se refiere a aquella atención sincrónica o asincrónica que se realiza entre profesionales de la salud, con o sin la presencia o participación directa del paciente durante dicho intercambio. En el caso de la teleinterconsulta sincrónica, los antecedentes de la persona que es sujeto de intervención, son presentados por un profesional de la salud a otro profesional de la salud, para la resolución de la consulta a distancia de forma sincrónica. En la modalidad asincrónica, el paciente no se encuentra presente en el momento del intercambio de información, los antecedentes de la persona consultante los entrega un miembro del equipo de salud, quien, luego de analizar datos del paciente, requiere generar o contrastar diagnósticos y decisiones terapéuticas con otro profesional de la salud. Destacando que el sujeto de intervención es la persona que tiene el problema de salud, aun cuando no esté presente en el evento y el objetivo de la atención es el diagnóstico y plan de tratamiento.

Teleinterconsulta nueva de otros profesionales de la salud: Corresponde a la primera atención generada por un episodio de enfermedad, realizada por profesional de salud no médico de Hospital Digital, independiente de atenciones anteriores que se hayan efectuado al paciente en la misma especialidad, pero por otras causas.

Teleinterconsulta control otros profesionales de la salud: Corresponde a la atención de seguimiento del proceso iniciado por un primer episodio de enfermedad, realizada por profesional no médico de Hospital Digital.

Teleinterconsultas solicitadas desde APS o nivel secundario para ser resueltas por Hospital Digital: Corresponde a la producción del profesional de APS o secundaria que solicita la teleinterconsulta a Hospital Digital.

Definiciones operacionales

Se debe registrar las "Teleinterconsultas de otros profesionales de la salud, nuevas y de control", diferenciadas según sexo y grupo etario. La producción otorgada por los profesionales no médicos contratados por Hospital Digital será reportada desde el Dpto. de Salud Digital nivel central, en base a los datos obtenidos a través de la plataforma de telemedicina de HD. Aquellos establecimientos que utilicen la plataforma como medio para el desarrollo de la telemedicina, pero los profesionales no médicos que responden sean contratados por sus establecimientos en horas institucionales, dicha producción debe ser registrada en REM A32.

Se debe registrar las "teleinterconsultas solicitadas desde APS o Nivel Secundario para ser resueltas por Hospital Digital, diferenciadas por sexo y grupo etario.

Regla de consistencia:

R.1: El total de teleinterconsultas de otros profesionales de la salud, desagregado por edad y sexo debe coincidir con la sumatoria de teleinterconsultas nuevas y controles de otros profesionales de la salud.

Sección D.2: Teleconsulta otros profesionales de la salud realizada por Hospital Digital

Definiciones conceptuales

Teleconsulta: Se refiere a la actividad sincrónica de interacción que ocurre entre un profesional de la salud y un paciente con el objetivo de otorgar una atención con fines diagnóstico o terapéutico a través de medios electrónicos. Durante la teleconsulta podrían participar otros miembros del equipo de salud que se encuentran físicamente al lado de la persona atendida, acompañando o facilitando la atención.

Definiciones operacionales

Se debe registrar las "Teleconsultas de otros profesionales de la salud nuevas y de control", diferenciadas según sexo y grupo etario. La producción total otorgada por los profesionales no médicos contratados por Hospital Digital se reportará desde el Dpto. de Salud Digital nivel central, en base a los datos obtenidos a través de la plataforma de telemedicina de HD. Aquellos establecimientos que utilicen la plataforma como medio para el desarrollo de la telemedicina, pero los profesionales no médicos que responden sean contratados por sus establecimientos en horas institucionales, dicha producción debe ser registrada en REM A32.

Teleconsultas solicitadas desde APS, nivel secundario o terciario resueltas por Hospital Digital, serán registradas desde el Dpto. Salud Digital nivel central y deben ser diferenciadas por sexo y grupo etario.

Regla de consistencia

R.1: El total de teleconsultas de otros profesionales de la salud, debe coincidir con la sumatoria de teleconsultas nuevas y control de otros profesionales de salud.

Sección E: Teleconsultas en estrategias de medicina general

Definiciones conceptuales

Medicina General Hospital Digital Rural: Corresponde a las atenciones realizadas en tiempo real entre un profesional de medicina general de HD y los TENS de los centros de salud Rural.

Medicina General en otras instancias: Corresponde a las atenciones realizadas por médicos generales de HD en instancias diferentes a Salud Rural, tales como ELEAM, Geriatría, entre otras.

Definiciones operacionales

Se debe registrar las "Teleconsultas en estrategias de medicina general" diferenciadas por edad y sexo. La producción otorgada por los médicos generales contratados por Hospital Digital se reportará desde el Dpto. de Salud Digital nivel central, en base a los datos obtenidos a través de la plataforma de telemedicina de HD.

Regla de consistencia

No tiene regla de consistencia.

Sección F: Estrategias Salud Mental

Sección F.1: Estrategia Salud Mental población general

Definiciones conceptuales

Primera Ayuda Psicológica: Es un proceso de contención que busca rescatar y reforzar los recursos personales y estrategias de afrontamiento de los/las usuarios/as, los cuales les ayudarán a sobrellevar las dificultades actuales y futuras de similares características.

El Programa de Acompañamiento de Salud Mental por Telemedicina (PASMET): Constituye un acompañamiento psicológico ambulatorio que busca otorgar continuidad de los cuidados para los usuarios del sistema público de salud, con objetivos a corto plazo y con énfasis en la mejora progresiva del bienestar bio-psico-social del usuario a través de medios digitales. El ingreso al programa de acompañamiento se realiza en caso de que el psicólogo estime pertinente en la primera ayuda psicológica y consta de un máximo de 6 sesiones por paciente de 45 minutos cada una, realizadas por el mismo profesional.

Definiciones operacionales

Primera Ayuda Psicológica: En columnas correspondientes a "Atención Salud Mental a población general" se debe desagregar por edad y sexo el total de llamadas efectivas. En aquellos casos en que el usuario no entregue antecedentes de edad y/o sexo, se deben registrar en columnas correspondientes a "Usuarios sin antecedentes"

Llamadas efectivas: Corresponde a las llamadas telefónicas o Videollamadas recibidas y contestadas por los profesionales psicólogos contratados por Hospital Digital.

PASMET: Corresponde al total de ingresos al programa de acompañamiento. Se debe desagregar el número de ingresos por edad y sexo.

Total de atenciones diferenciado por vía de realización: Se debe registrar si la atención clínica fue realizada a través de contacto telefónico o Videollamada.

Regla de consistencia

R.1: La sumatoria de las "Atenciones de salud mental a población general", desagregado por edad, sexo y usuarios sin antecedentes, debe ser igual a la sumatoria de "Atenciones diferenciadas por vía de realización" de la Sección F.1.

Sección F.2: Estrategia Salud Mental funcionarios de la salud

Definiciones conceptuales

Primera Ayuda Psicológica: Es un proceso de contención que busca rescatar y reforzar los recursos personales y estrategias de afrontamiento de los/las usuarios/as, los cuales les ayudarán a sobrellevar las dificultades actuales y futuras de similares características. Esto se realiza a través de contacto telefónico o videollamada entre las y los funcionarios de la salud pública y un psicólogo.

Llamadas efectivas: Corresponde a las llamadas telefónicas o Videollamadas recibidas y contestadas por los profesionales psicólogos contratados por Hospital Digital.

PASMET funcionarios y funcionarias de la salud pública: Su objetivo es contribuir a la salud mental de trabajadoras/es de salud de la red asistencial, a través de una oferta de servicios de atención remota que permita acceso y atención según el nivel de cuidados requerido y riesgos específicos detectados. El ingreso al programa de acompañamiento se realiza en caso de que el psicólogo lo estime pertinente en la primera ayuda psicológica, constando de un máximo de 12 sesiones, de 45 minutos cada una y son realizadas por un mismo profesional.

Definiciones operacionales

Primera Ayuda Psicológica: En columnas correspondientes a "Atención Salud Mental funcionarios" se debe desagregar por edad y sexo el total de llamadas efectivas realizadas.

Ingresos PASMET: Corresponde al total de ingresos al programa de acompañamiento. Se debe desagregar el número de ingresos por edad y sexo.

Total de atenciones diferenciado por vía de realización: Se debe registrar si la atención clínica fue realizada a través de contacto telefónico o Videollamada.

Regla de consistencia

R.1: La sumatoria de las "Atenciones de salud mental a funcionarios", desagregado por edad y sexo, debe ser igual a la sumatoria de "Atenciones diferenciadas por vía de realización" de la Sección F.2

Sección F.3: Alta Programa de Acompañamiento en Salud Mental por Telemedicina a población general (PASMET)

Definiciones conceptuales

Alta Terapéutica: Corresponde al alta otorgada por profesional psicólogo, una vez completado el total de sesiones indicadas.

Definiciones operacionales

Este registro corresponde al número de pacientes que finaliza el total de sesiones indicadas por el profesional psicólogo. Dicho registro se debe desagregar por edad y sexo.

Regla de consistencia

No tiene regla de consistencia

Sección F.4: Alta Programa de Acompañamiento en Salud Mental por Telemedicina a funcionarios (PASMET)

Definiciones conceptuales

Alta Terapéutica: Corresponde al alta otorgada por el profesional psicólogo, una vez completado el número total de sesiones indicadas.

Definiciones operacionales

Este registro corresponde al número de funcionarios que finaliza el total de sesiones indicadas por el profesional psicólogo. Dicho registro se debe desagregar por edad y sexo.

Regla de consistencia

No tiene regla de consistencia

Sección G: Telecomité

Definiciones conceptuales

Las instancias en que se tomen decisiones relacionadas con el diagnóstico y plan de tratamiento, con la concurrencia de varios profesionales de diferentes especialidades, agrupados en un comité, que utiliza tecnologías de la información y comunicación, se denomina Telecomité. En este caso, las decisiones son consensuadas por varios profesionales y el sujeto de intervención sigue siendo el paciente para relevar sus características particulares. Consiste en una actividad sincrónica, porque todos están conectados en tiempo real para la discusión de los casos. Estos pueden discutirse basándose en la historia clínica o agregando la evaluación de la persona de forma presencial con la figura del médico tratante.

Telecomité Oncológico Central: En conformidad con lo antes señalado, la estrategia TCOC busca apoyar a aquellos centros que no cuentan con especialistas, mediante la evaluación de casos a nivel central, donde un panel asesor de especialistas dispuestos por Hospital Digital analiza, evalúa y resuelve de forma conjunta con los equipos locales una resolución que represente la mejor conducta terapéutica a seguir para el usuario.

Telecomité Oncológico Central de Apoyo (TCOC-A): De acuerdo con el avance de la estrategia y en concordancia con las necesidades locales, se ha establecido la figura señalada, donde la estrategia se adecúa a telecomités oncológicos locales en funcionamiento, otorgando apoyo parcial por un periodo determinado. Este patrocinio consiste principalmente en la participación de profesionales médicos y no médicos necesarios para la conformación del comité.

Telecomité Diabetes Tipo 1: Estrategia que tiene como objetivo principal favorecer el acceso oportuno al mejor tratamiento disponible para las personas con Diabetes Tipo I (DM1) por medio de sesiones sincrónicas de Telecomité compuesto por un equipo transdisciplinario dispuesto por Hospital Digital (Diabetólogo, Pediatra, Enfermera, Nutricionista) que busca orientar en el manejo de esta población adulto-pediátrico.

Otros: Corresponde a los telecomité realizados desde HD asociados a especialidades diferentes a oncología, cuidados paliativos y Diabetes Tipo I.

Definiciones operacionales

En sección "Usuarios evaluados por telecomité" se debe registrar la cantidad de pacientes evaluados en cada sesión, desagregada por edad y sexo y dividido por tipo de telecomité. Los casos evaluados por los médicos especialistas contratados por Hospital Digital se reportarán desde el Dpto. de Salud Digital nivel central, en base a los datos obtenidos a través de la plataforma de telemedicina de HD.

"Total de usuarios solicitados a presentar en telecomité" corresponde a la cantidad de pacientes que se solicita desde la red presentar en cada sesión y que cumpla con los datos clínicos mínimos solicitados para la evaluación de cada caso.

Regla de consistencia

No tiene regla de consistencia

Sección H: Orientación telefónica en salud

Definiciones conceptuales

Orientación clínica por profesional no médico: Corresponde a la resolución de dudas en salud (de carácter clínico) de la población, mediante la orientación vía telefónica por profesionales de salud no médicos.

Orientación administrativa: Corresponde a entrega de información y orientación en temas administrativos de salud a la población, por personal capacitado, mediante atención telefónica.

Orientación médica: Corresponde a la resolución de dudas en salud (de carácter clínico) de la población, mediante la orientación vía telefónica por profesionales de salud médicos.

Sin información: Corresponde a aquellos pacientes que no desean entregar datos de edad y/o sexo.

Definiciones operacionales

Orientación telefónica en salud: Se deben registrar las orientaciones telefónicas realizadas a la población, desagregadas por edad, sexo y en los casos que corresponda, sin información.

Regla de consistencia:

No tiene regla de consistencia

REM A31: MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y PRÁCTICAS DE BIENESTAR DE LA SALUD

Corresponden a atenciones realizadas con medicinas o prácticas complementarias en los establecimientos de la red asistencial, de los niveles primario, secundario o terciario, por médicos, otros profesionales de la salud, paramédicos o terapeutas complementarios. Las medicinas o prácticas complementarias contemplan terapias y prácticas de bienestar que pueden entregarse en forma individual, grupal y comunitaria.

SECCIONES DEL REM-A31

- **Sección A:** Tipos de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud entregadas en atención individual
- **Sección B:** Medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud en atenciones individuales o grupales, según profesional
- **Sección C:** Origen de la atención con medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud
- **Sección D:** Tipos de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud entregadas en atención grupal y comunitaria
- **Sección E:** Acciones remotas de medicinas complementarias y prácticas de bienestar en salud

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS DE LAS SECCIONES DEL REM-A31

Sección A: Tipos de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud, entregadas en atención individual.

Definiciones conceptuales:

Es la atención otorgada con las prácticas médicas complementarias o terapias complementarias reguladas y otras terapias o prácticas de bienestar no reguladas que se estén entregando en los establecimientos de salud.

Las terapias reguladas descritas incluyen:

a) Acupuntura: Se define como una especialidad de la Medicina Tradicional China que consiste en la inserción de agujas sólidas, estériles, de preferencia desechables, en puntos específicos de la superficie corporal, lo que permite equilibrar, mantener e incrementar el bienestar físico y mental de las personas. Este tipo de atenciones también puede emplear además los microsistemas de acupuntura y técnicas asociadas.

Microsistemas de acupuntura:

- Cráneopuntura: Sistema de inserción de agujas de acupuntura en la superficie craneal, utilizando puntos y líneas específicas.
- Auriculopuntura (también conocida como auriculoterapia): Sistema de inserción de agujas de acupuntura y estímulo en puntos específicos de la oreja.
- Manopuntura: Sistema de inserción de agujas de acupuntura en puntos específicos de la superficie de las manos.
- Acupuntura Podal: Sistema de inserción de agujas de acupuntura en puntos específicos de la superficie de los pies.
- Técnicas asociadas:
- Moxibustión: Aplicación de calor en los puntos de acupuntura y sobre las agujas de acupuntura, a través de la utilización de yerbas chinas (Moxa).
- Ventosas: Utilización de vasos de succión de aire sobre zonas y puntos de acupuntura, confeccionados de material de vidrio, bambú, cerámica, plástico, etc.
- Láser Puntura: Técnica de estímulo de los puntos de acupuntura con equipos de láser especialmente diseñados para acupuntura.
- Electro acupuntura: Técnica de estímulo de los puntos de acupuntura con equipos de Electro Acupuntura especialmente diseñados para acupuntura.
- Magnetos: Técnica de estímulo de los puntos de acupuntura con magnetos especialmente diseñados para acupuntura.

b) Homeopatía: Se define como un método terapéutico de base científica que persigue el tratamiento de las personas a través del uso de medicamentos diluidos y dinamizados, los que se prescriben conforme a la ley de la similitud, también conocidos como productos homeopáticos (artículo 2° del Decreto N° 19 de 2009).

Los productos homeopáticos corresponden a un tipo particular de especialidad farmacéutica y, como tales, se encuentran regulados por el "Reglamento del Sistema Nacional de Control de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano", Decreto N° 3 de 2010, del Ministerio de Salud.

Los preparados homeopáticos de carácter oficinal y los que se elaboran extemporáneamente conforme a fórmulas magistrales, prescritas por profesionales legalmente habilitados, en farmacias homeopáticas, se encuentran regulados por la normativa de farmacias y recetarios magistrales.

c) Naturopatía: Se define como una práctica destinada a promover y restablecer la salud mediante el empleo de los agentes vitales de la naturaleza: alimentación natural, plantas medicinales, agua, tierra, además de ejercicios físicos y actividad mental.

En el ejercicio de la naturopatía se pueden indicar y administrar terapias relacionadas con los agentes de la naturaleza y procedimientos propios del naturismo: dietética, fitoterapia, hidroterapia, geoterapia, helioterapia, balneoterapia, actividad psicofísica y relajación.

El naturópata puede utilizar alimentos, suplementos alimentarios, alimentos para deportistas, medicamentos herbarios tradicionales, fitofármacos de venta directa y preparados homeopáticos, en el evento de contar con formación como terapeuta hópata. Incluye tratamientos con fitoterapia (medicamentos en base a plantas medicinales).

Las terapias no reguladas incluyen: Apiterapia, Aurículoterapia, Biomagnetismo, Fitoterapia, Masoterapia, Medicina Antroposófica, Quiropraxia, Reiki, Sanación Pránica, Sintergética, Terapia Floral, Terapia Neural, u otras terapias individuales que se estén entregando en los establecimientos.

Si bien la "Auriculoterapia" forma parte de los microsistemas de la acupuntura, una terapia regulada, solamente se deberán registrar atenciones con ella cuando se use exclusivamente esta técnica.

Para efectos de registro se entenderá por Fitoterapia "el uso de plantas medicinales, enteras o sus partes, secas o frescas, solas o asociadas, así como preparaciones en base a ellas, para la prevención y/o tratamiento de problemas de salud", siempre que no se den el contexto de una atención de Naturopatía.

Ingresos a Medicina Complementaria: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a la atención de medicinas complementarias. Se considerarán también como ingreso a las personas, que luego del alta deben volver a realizarse algún tratamiento.

Controles: Corresponde a todas las atenciones realizadas posterior a la primera consulta a personas que reciben terapias complementarias.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de consultas individuales realizadas por tipo de terapia, desagregadas según grupo de edad y sexo de las personas atendidas.

En caso de que se realice la atención de terapia complementaria durante otro tipo de consulta (por ejemplo: atención psicológica en que también se emplea terapia floral o atención kinésica en que también se emplea acupuntura), ésta se deberá también registrar de esa forma en la columna "Atenciones realizadas durante otras consultas", además de desagregarse también por sexo y edad.

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

Por último, se registra el número de usuarios atendidos que corresponden a pacientes, familiares/cuidadores de los pacientes o funcionarios, por tipo de terapia recibida.

La condición de paciente y familiar/cuidador de los pacientes son excluyentes, pero ambas pueden ser funcionarios también.

Reglas de consistencia:

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

Sección B: Medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud en atenciones individuales o grupales, según profesional

Definiciones conceptuales:

Se refiere a la profesión de base de quien hace la terapia complementaria o prácticas de bienestar. Pretende distinguir a los profesionales del área de la salud, que además hacen terapias complementarias, de los terapeutas que están formados como tales.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de consultas realizadas por tipo de profesional, desagregadas según tipo de terapia o práctica de bienestar entregada.

Para este efecto se consideran las siguientes profesiones: Médico, Odontólogo(a), Enfermera(o), Matrón(a), Psicólogo(a), Fonoaudiólogo(a), Kinesiólogo(a), Farmacéutico(a), Paramédico, Nutricionista, Tecnólogo Médico, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional y Terapeuta Complementario.

Dichos profesionales deben tener autorización sanitaria para ejercer las terapias reguladas (acupuntura, homeopatía y naturopatía) y, en el caso de las no reguladas, deben contar con estudios en ellas.

En el caso de Terapeuta Complementario, se deben considerar aquellos profesionales auxiliares de la salud que tienen autorización sanitaria para ejercer como acupunturistas, homeópatas y naturópatas, así como aquellos que tienen formación exclusiva en algún otro tipo de práctica médica complementaria, pero no como profesional de la salud.

Regla de consistencia:

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

Sección C: Origen de la atención con medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud

Definiciones conceptuales:

Se refiere a la instancia de atención que genera la atención con medicinas o prácticas médicas complementarias al beneficiario, ya sea a través de:

- Consulta espontánea: El beneficiario solicita ser atendido con práctica médica complementaria;
- Derivado desde morbilidad: Se refiere a que la terapia o práctica de bienestar se entrega en un formato de policlínico específico, a donde los pacientes son derivados. La derivación debe ser efectuada por médicos u odontólogos;
- Derivado desde especialidad: Se refiere al nivel secundario de atención, en que la terapia o práctica de bienestar se entrega en un formato de policlínico de medicina complementaria por decisión de otros especialistas. La derivación debe ser efectuada por médicos u odontólogos, que son los profesionales que cuentan con especialidades reconocidas; o
- Paciente hospitalizado: La terapia complementaria o práctica de bienestar forma parte del conjunto de medidas de tratamiento para este tipo de pacientes; o.
- Programas de salud existentes (Crónicos Cardiovascular, Otros crónicos, Salud Mental, Salud Oral, Salud sexual y reproductiva, Chile Crece Contigo, Cáncer (QT/RT), Dependencia Severa, Hospitalización Domiciliaria, Rehabilitación Física, Manejo del Dolor, Otros): En este caso, la medicina o práctica complementaria forma parte del conjunto de medidas de tratamiento dentro del programa.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de consultas realizadas según origen de la atención, desagregadas según tipo de terapia o práctica de bienestar entregada. Se debe registrar sólo en una casilla por cada atención realizada.

Regla de consistencia:

R.1: Las consultas registradas en esta sección deben estar incluidas en las secciones A, B y D.

Sección D: Tipos de medicinas complementarias y prácticas de bienestar de la salud entregadas en atención grupal y comunitaria

Definiciones conceptuales:

Es la atención otorgada con terapias o prácticas de bienestar y otras no reguladas, que son grupales y que se estén entregando en los establecimientos de salud o en espacios comunitarios.

Las terapias o prácticas de bienestar grupales y comunitarias, no reguladas, incluyen: Arte terapia, Biodanza, Chi Kung/Qi Gong, Círculos de Escucha, Constelaciones Familiares, Danzaterapia, Dramaterapia, Huertos Medicinales o Alimenticio/Medicinales, Meditación, Musicoterapia, Sonoterapia, Tai-Chi, Yoga u Otras.

Definiciones operacionales:

Se registra el total de sesiones grupales realizadas en el mes, por tipo de terapia complementaria. Además se desagrega por el número de participantes, según rango etario y sexo.

Además, se registra el número de usuarios que participan en las sesiones grupales según su característica de pacientes, familiares/cuidadores de los pacientes o funcionarios.

Por último, se incluyen, además, los registros correspondientes al total de usuarios que son beneficiarios, con identificación de pueblos originarios, situación de migrantes, pertenencia a SENAME, en cada tipo de terapia o practica de bienestar descrita.

Reglas de consistencia:

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

Sección E: Acciones remotas de medicinas complementarias y prácticas de bienestar en salud

Definiciones conceptuales:

Corresponden a atenciones remotas realizadas con medicinas o prácticas complementarias por los establecimientos de la red asistencial, de los niveles primario, secundario o terciario, por médicos, otros profesionales de la salud, paramédicos o terapeutas complementarios.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de consultas individuales remotas realizadas, desagregadas según grupo de edad de las personas atendidas y grupo objetivo, pacientes, familiares/cuidadores de los pacientes o funcionarios.

Reglas de consistencia:

R.1: La condición de paciente y familiar/cuidador de los pacientes son excluyentes, pero ambas pueden ser funcionarios también.

REM A32: ACTIVIDADES ATENCIÓN DE SALUD REMOTA

La incorporación de este REM tiene por objetivo disponer un registro para aquellas actividades, implementadas tanto en la atención primaria como secundaria, cuando no es posible realizar actividades de forma presencial en los centros de salud y se debe realizar atenciones de tipo remota para dar continuidad a la atención de los pacientes.

SECCIONES DEL REM-A32

- **Sección A:** Seguimiento en Atención Primaria de Salud por llamada telefónica o videollamadas
- **Sección B:** Consulta abreviada mediante Telesalud
- **Sección C:** Consulta médica en atención primaria de salud por llamada telefónica o videollamadas
- **Sección D:** Atenciones telefónicas en consultas y controles médicas
- **Sección D.1:** Atenciones remotas médicas en especialidad
- **Sección D.2**: Atenciones remotas consultas y controles por otros profesionales en especialidad (nivel secundario)
- **Sección E:** Atención odontológica
- **Sección E.1:** Atención odontológica nivel primario
- **Sección E.2:** Atención odontológica establecimientos hospitalarios de baja, mediana y alta complejidad
- **Sección F:** Acciones de salud mental remotas
- **Sección F.1**: Acciones remotas de salud mental (APS y especialidad)
- **Sección F.2**: Controles de salud mental remotos (APS y especialidad)
- **Sección G:** Acciones de seguimiento remoto en el Programa de Salud Cardiovascular en APS
- **Sección H**: Actividades de Acompañamiento Remoto a Personas Mayores y sus Familias por Parte del Programa más Adultos Mayores Autovalentes
- **Sección I:** Seguimiento de Salud Infantil Remoto
- **Sección J**: Atención remota adolescentes
- **Sección K**: Atenciones remotas en modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADIS) en APS
- **Sección L**: Educación grupal remota según áreas temáticas y edad.
- **Sección M:** Actividades Programa Elige vida sana por llamadas telefónicas.
- **Sección N:** Actividades Programa Elige vida sana por redes sociales.

- **Sección O**: Seguimiento de personas con condiciones crónicas.
- **Sección P**: Apoyo telefónico del Programa de Acompañamiento psicosocial en APS
- **Sección Q:** Teleinterconsulta medicina abreviada.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS DE LAS SECCIONES DEL REM-A32

Sección A: Seguimiento en Atención Primaria de Salud por llamada telefónica o videollamada

Definiciones conceptuales:

Seguimiento remoto: Toda actividad con contacto efectivo con el fin de realizar seguimiento clínico, rescate u otra actividad no asimilable a las actividades regulares para mantener vigilancia del estado de salud en el marco del Programa, realizado de manera remota ya sea vía telefónica o mediante otro medio digital.

Llamadas telefónicas o videollamadas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), vía llamada telefónica o videollamada, que realiza el equipo con las/os usuarios.

En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente o durante la llamada telefónica o video llamada, por el adolescente). En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

Las llamadas que no sean respondidas o en las cuales no se contacte a la persona, no podrán ser consideradas como llamadas efectivas, no siendo consideradas en este registro.

Mensajería de texto: Se refiere al contacto, vía mensaje de texto, ya sea SMS o WhatsApp u otro medio similar, que realiza el equipo con las/os usuarios.

En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente por el adolescente). En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

Como condición para el registro, se considera un contacto efectivo cuando sean mensajes respondidos por las personas, idealmente que se aborden todos los aspectos que se requiere conocer de la persona. En el caso que no exista respuesta al mensaje, no podrán ser considerados como efectivos, por lo que no son acciones para este registro.

Esta modalidad de contacto (mensajería de texto), no se debe considerar como seguimiento remoto en caso de la actividad que realiza la profesional matrona en Gestantes, Regulación de Fertilidad y Otros.

Definiciones operacionales:

Se deberán registrar todos los seguimientos remotos realizados por los profesionales médico/a, enfermera/o, matrón/a y otros profesionales, desagregado por grupo etario, sexo, y si pertenece o no a la población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de la red SENAME, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Mejor Niñez, Pueblos Originarios Migrantes Espacios amigables.

Reglas de consistencia:

R.1: El total por grupo etario debe ser igual al total desagregado por sexo.

R.2: El total de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de la Red SENAME, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Mejor Niñez, Pueblos Originarios, Migrantes y Espacios amigables debe ser menor o igual al total por grupo etario.

Sección B: Consulta abreviada mediante telesalud

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las interacciones que ocurren entre un médico u otro profesional y un paciente de forma remota y con el uso de tecnologías de la información y comunicaciones, con el fin de entrega de los resultados de exámenes, renovación de licencias médicas o procedimiento como la confección de recetas o lectura de exámenes.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el número de consultas abreviadas desagregadas por: entrega de resultados de exámenes, confección de recetas y renovación de licencias médicas, desglosadas por grupo de edad y sexo

Médico: Se registra solo en el caso que el profesional médico sea quien realiza la acción y cierra el caso de forma remota y con uso de las tecnologías de la información y comunicaciones.

Otros profesionales: Se registra solo en el caso que un profesional no médico sea quien realiza la acción y cierra el caso de forma remota y con uso de las tecnologías de la información y comunicaciones.

Regla de consistencia:

R.1: Estas consultas abreviadas, no debe estar incluidas en REM A04, sección E Consulta Abreviada.

Sección C: Consulta médica en Atención Primaria de Salud por llamada telefónica o videollamadas.

Definiciones conceptuales:

Llamadas telefónicas o videollamadas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), vía llamada telefónica o video llamada, que realiza el equipo con las/os usuarios.

En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente o durante la llamada telefónica o video llamada, por el adolescente). En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

Las llamadas que no sean respondidas o en las cuales no se contacte a la persona, no podrán ser consideradas como llamadas efectivas, no siendo consideradas en este registro.

Mensajería de texto: Se refiere al contacto, vía mensaje de texto, ya sea SMS o WhatsApp u otro medio similar, que realiza el equipo con las/os usuarios.

En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente por el adolescente). En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable

Como condición para el registro, se considera un contacto efectivo cuando sean mensajes respondidos por las personas, idealmente que se aborden todos los aspectos que se requiere conocer de la persona. En el caso que no exista respuesta al mensaje, no podrán ser considerados como efectivos, por lo que no son acciones para este registro.

Definiciones operacionales:

Se deberán registrar todas las consultas médicas realizadas por médico general, vía llamada telefónica, videollamada o mensajería de texto, desagregado por grupo etario y sexo.

Reglas de consistencia:

R.1: El total por grupo etario debe ser igual al total desagregado por sexo.

Sección D: Atenciones telefónicas en consultas y controles

Sección D.1: Atenciones remotas médicas en especialidad

Definiciones conceptuales:

Es una consulta a distancia realizada a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y uno (o más) miembro(s) del equipo de salud que se encuentran respectivamente ubicados en lugares geográficos distintos respecto del paciente y que tienen la posibilidad de interactuar entre sí, de manera de ser homologables a la consulta presencial. Incluye llamadas telefónicas y videollamadas.

No contesta (consulta médica agendada por teleconsulta): Es cuando el especialista no logra comunicarse con el usuario, existiendo una citación previa con contacto efectivo. Los motivos de esta situación pueden implicar problemas de conectividad, del equipo utilizado o que el usuario no contesta.

El llamado realizado por el especialista debe efectuarse en el horario agendado en el sistema de agenda. Considerar el "No contesta" como dato estadístico, pero no implica una acción de egreso para GES como Lista de Espera debido a las distintas variables que puedan afectar en la comunicación con el usuario.

Alta médica de especialidad ambulatoria (teleconsulta): Corresponde al proceso administrativo efectuado por médico cuando el paciente ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico de la patología por la cual consultó en este nivel y es referido a su establecimiento de origen con un documento de contrarreferencia.

En este ítem también se incluyen las altas administrativas para los casos que el paciente no se presenta durante tres citaciones con contacto efectivo de manera seguida en un periodo de 12 meses o por renuncia del paciente a la atención, siempre con un registro de respaldo.

Consulta nueva de especialidad (teleconsultas): Es la primera atención generada por episodio de una enfermedad, a través de una atención por teleconsulta (videollamada), mediante la que se puede o no dar resolución a un problema de salud.

Cada primera atención de un paciente generado por una interconsulta es una consulta nueva por la especialidad que realiza la atención, independiente que el (la) paciente haya sido atendido en otra ocasión en la misma especialidad.

Definiciones operacionales:

Esta información deberá ser entregada a las unidades de estadística por el gestor de la demanda ambulatoria, encargados lista de espera o programación.

Se deberá registrar las atenciones remotas realizadas por médicos especialistas, desagregadas por grupo etario y sexo. Además, se deben registrar las atenciones remotas de consultas nuevas de especialidad según origen (APS, CAE/CDT/CRS/Hospitalización y Urgencia), por usuarios menores de 15 años y de 15 años y más, además de la atención remota que contempla la entrega de los resultados de exámenes o procedimientos (Confección de recetas o lectura de exámenes).

No contesta (consulta médica agendada por teleconsulta): En lo anterior se incluyen las consultas nuevas y control bajo dicha modalidad de atención. Corresponde registrar el número de usuarios que "no contestan" desagregados como consultas nuevas y controles, según especialidad.

Alta médica de especialidad ambulatoria (teleconsulta): Corresponde registrar el alta de consulta cuando el paciente ha finalizado la atención en el establecimiento ambulatorio de especialidad.

El registro se desagrega por grupo etario y sólo están incluidas las atenciones por modalidad de teleconsulta

En este ítem se incluyen las atenciones realizadas por especialistas tanto en nivel primario como secundario.

Consulta nueva de especialidad (teleconsultas): En atenciones remotas de consulta nueva según origen: Se registran las consultas definidas como nuevas sólo en establecimientos de nivel secundario o terciario (las atenciones remotas de consultas de especialidad realizadas en APS no se registran en esta sección).

Los datos se desglosan por edad de los consultantes en menores de 15 años y de 15 y más, según el origen (APS, CAE/CDT, CRS, Urgencia) y por especialidad.

Se debe registrar las Consultorías realizadas desde nivel secundario a APS a través de videollamadas o llamadas telefónicas realizadas.

Atención Remota: Entrega de los resultados de exámenes o procedimiento (Confección de recetas o lectura de exámenes): corresponde registrar cada actividad realizada por paciente.

Consultorías resueltas vía remota: Registrar por cada actividad realizada por paciente.

Reglas de consistencia:

R.1: El total por grupo etario debe ser igual al total desagregado por sexo.

R.2: El total de la producción de las subespecialidades Pediátricas y Neonatología, debe tributarse en casilla Pediatría.

Sección D.2: Atenciones remotas consultas y controles por otros profesionales en especialidad (Nivel Secundario)

Definiciones conceptuales:

Es una consulta a distancia realizada a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y uno (o más) miembro(s) del equipo de salud que se encuentran respectivamente ubicados en lugares geográficos distintos respecto del paciente y que tienen la posibilidad de interactuar entre sí, de manera de ser homologables a la consulta presencial, solo en caso que no pueda hacerse por esta vía. Incluye llamadas telefónicas y videollamadas.

Definiciones operacionales:

Esta información deberá ser entregada a las unidades de estadística por el gestor de la demanda ambulatoria, encargados lista de espera o programación.

Se deberá registrar las atenciones remotas realizadas por profesionales no médicos, desagregadas por grupo etario y sexo. Además de la atención remota que contempla la entrega de los resultados de exámenes o procedimientos (Confección de recetas o lectura de exámenes).

Se debe registrar las Consultorías realizadas desde nivel secundario a APS a través de videollamadas o llamadas telefónicas realizadas.

Reglas de consistencia:

R.1: El total por grupo etario debe ser igual al total desagregado por sexo.

Sección E: Atención Odontológica.

Definición conceptual:

Atención Odontológica: Registro de las actividades ejecutadas por el profesional odontólogo en los establecimientos de baja, mediana y alta complejidad por vía remota.

Definición operacional:

Se debe registrar el número de prestaciones ejecutadas por profesional odontólogo en establecimientos de Atención Primaria de Salud.

Se debe registrar el número de prestaciones ejecutadas por profesional odontólogo en establecimientos hospitalarios de baja, mediana y alta complejidad.

Reglas de consistencia:

Esta sección no requiere reglas de consistencia.

Sección E.1: Atención Odontológica Nivel Primario

Definiciones conceptuales:

Seguimiento Clínico Remoto de Pacientes: Actividad que consiste en el contacto efectivo del o la paciente a través de una atención remota ya sea vía telefónica o mediante otro medio digital, con el fin de realizar seguimiento posterior a una atención urgencia odontológica presencial o atenciones propias dentro del tratamiento integral.

Educación, Promoción Remota en salud bucal: Actividades dirigidas al o la paciente, la familia y/o la comunidad destinada a reforzar hábitos y/o actitudes que favorezcan la vida saludable, como también promover la modificación de conductas de riesgo, realizadas a través de otros canales de comunicación (no presenciales), tales como medios electrónicos, informáticos y/o audiovisuales que se dispongan para cumplir con el objetivo.

Pauta CERO remota: Se refiere a la aplicación de la pauta Control con Enfoque de Riesgo Odontológico en modalidad no presencial, solo cuando no es posible esta.

Definiciones operacionales:

Seguimiento Clínico Remoto de Pacientes**:** Se debe registrar el número de pacientes a quienes se les realiza seguimiento clínico a través de contacto remoto efectivo.

Educación y Promoción y educación Remota en Salud Bucal: Se debe registrar el número de pacientes que reciben educación en salud bucal.

Pauta CERO remota: Se debe registrar el número de pautas Control con Enfoque de Riesgo Odontológico en modalidad no presencial realizadas.

La atención telemática dentro del programa CERO se debe realizar exclusivamente cuando no sea posible la atención presencial, en estos casos se podrá aplicar la pauta CERO anual y la categorización de riesgo, realizar el ingreso al programa si corresponde, estrategias de promoción en salud bucal y solo si es posible, estimar el índice ceod o COPD, siguiendo las indicaciones, algoritmos y criterios de calidad establecidos en las Orientaciones Técnico- Administrativas del programa CERO.

Reglas de consistencia:

R.1: La sumatoria de las columnas hombres y mujeres debe ser igual al total ambos sexos.

R.2: El registro de embarazadas debe ser menor o igual al total mujeres.

R.3: El registro de usuarios de 60 años, usuarios en situación de discapacidad, niños, niñas, adolescentes y jóvenes Red SENAME, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Mejor Niñez, Migrantes Y Pueblos Originarios, deben ser menor o igual al total ambos sexos.

Sección E.2: Atención Odontológica establecimientos hospitalarios de baja, mediana y alta complejidad

Definiciones conceptuales:

Consulta nueva de especialidad odontológica (Teleconsulta): Corresponde a una consulta a la distancia con intercambio de información realizada a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones en modalidad sincrónica entre un/a paciente y uno/a o más odontólogos/as. Durante dicho acto también podrían participar con algún rol y funciones miembros de los equipos de salud que se encuentran físicamente al lado del paciente. Ejemplo: Video consulta entre profesional de la salud y paciente.

Control de especialidad odontológica (Teleconsulta): Corresponde a las atenciones posteriores a la primera consulta, que requiere cada paciente para dar solución al problema de salud por el cual fue derivado, cuyo objetivo es completar el estudio, tratamiento y/o seguimiento. Se registra tantas veces como sesiones requiera el paciente para resolver de manera integral su problema de salud.

No contesta: Incluye "no atendido", que ocurre cuando el/la especialista no logra comunicarse con el/la usuario/a, existiendo una citación previa con contacto efectivo. Los motivos de esta situación pueden implicar problemas de conectividad o del equipo utilizado y "no se presenta" que es cuando el/la usuario/a no se presenta o no conecta a su atención de salud en el horario pactado, previo al contacto efectivo de la cita.

El llamado realizado por el/la especialista debe efectuarse en el horario agendado en el sistema de agenda. Considerar el "No contesta" como dato estadístico, pero no implica una acción de egreso para GES como Lista de Espera NO GES, debido a las distintas variables que puedan afectar en la comunicación con el/la usuario/a.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar las atenciones remotas de especialidad odontológica desagregadas por grupo etario y sexo. Además, se deben registrar las atenciones remotas realizadas a grupos específicos: embarazadas, beneficiarios, usuarios con discapacidad, Red SENAME y migrantes.

Consulta nueva de especialidad: Se deben registrar las consultas nuevas realizadas mediante teleconsulta.

Control de especialidad odontológica: Se deben registrar las atenciones de control realizadas mediante teleconsulta.

Se debe registrar "No contesta" en atenciones nuevas y controles.

Reglas de consistencia:

R.1: La sumatoria de las columnas hombres y mujeres debe ser igual al total ambos sexos.

R.2: El registro de embarazadas debe ser menor o igual al total mujeres.

R.3: El registro de beneficiarios, usuarios en situación de discapacidad, niños, niñas, adolescentes y jóvenes Red SENAME, Niños, niñas, adolescentes y jóvenes Mejor Niñez, Pueblos Originarios y Migrantes, deben ser menor o igual al total ambos sexos.

Sección F: Acciones de Salud Mental remotas

Generalidades:

Para la realización de este tipo de atención, se requiere considerar lo siguiente:

- Que la atención ocurre entre un prestador y un usuario que se encuentran en lugares geográficos diferentes.
- Que ambos deben interactuar en tiempo real (de forma sincrónica).
- El profesional que realiza la atención debe tomar los resguardos para que esta interacción ocurra en forma segura, resguardando la privacidad del beneficiario, y se debe mantener un adecuado resguardo y registro en la ficha clínica.
- Las acciones telefónicas definidas se contemplan en la APS para los Programas de Salud Mental en APS, DIR, Acompañamiento Psicosocial, PASMI, Demencia y SENAME.
- Para las atenciones telefónicas del nivel de especialidad, se incluyen todos los establecimientos de especialidad ambulatoria (Centro de Salud Mental, Hospital de Día, Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, Centros de Tratamiento Ambulatorio de Alcohol y Drogas, Centros Diurnos de Rehabilitación).

Se distinguen dos tipos de actividades: Ambas actividades difieren en el tiempo de la prestación y la vinculación con el Plan de Cuidados Integral.

- La **Acción telefónica es el contacto telefónico** para llevar a cabo un seguimiento de la situación de global de la salud mental de la persona considerando aspectos generales del proceso de atención, sin modificar el plan de cuidados integral de la persona. La acción telefónica deberá a lo menos tener una duración de 10 minutos, pero su duración será inferior al control de salud mental remoto.
- **Los controles de salud mental remotos** incluyen la evaluación clínica, examen mental, profundización diagnóstica, control y seguimiento de indicaciones y evolución, refuerzo de adhesión al tratamiento, psicoeducación, indicación terapéutica, solicitud de exámenes, apoyo emocional, educación para el autocuidado, rehabilitación psicosocial y todos los procedimientos clínicos definidos conjuntamente en el Plan de Cuidados Integrales de la persona.

El control de salud mental remoto deberá a lo menos tener una duración de 30 minutos, y en la cual se aborden los elementos contenidos en el Plan de Cuidados Integral para dar continuidad al tratamiento.

Sección F.1: Acciones remotas de Salud Mental (APS y especialidad).

Definiciones conceptuales:

Llamadas telefónicas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), vía llamada telefónica, que realiza algún integrante del equipo con las/os usuarios del programa de salud mental en APS y Especialidad. En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente o durante la llamada telefónica, por el adolescente).

En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

La llamada telefónica deberá a lo menos tener una duración de 10 minutos.

Las llamadas que no sean respondidas o en las cuales no se contacte a la persona, no podrán ser consideradas como llamadas efectivas, no siendo consideradas en este registro.

Videollamadas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), a través de video llamada, que realiza algún integrante del equipo con las/os usuarios del programa de salud mental de APS y Especialidad.

En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con la presencia de un adulto responsable (identificado previamente o durante la video llamada, por el adolescente). En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

La videollamada, deberá a lo menos tener una duración de 10 minutos.

La videollamada, que no sea respondida o en la cual no se contacte a la persona, no podrán ser consideradas como llamadas efectivas, no siendo consideradas en este registro.

Mensajería de texto**:** Se refiere al contacto, vía mensaje de texto, ya sea SMS o WhatsApp, que realiza algún integrante del equipo con las/os usuarios del programa de salud mental de APS y Especialidad. En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado a través de un adulto responsable, (identificado previamente por el adolescente).

En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

Como condición para el registro, se considera un contacto efectivo cuando sean mensajes respondidos por las personas, idealmente que se aborden todos los aspectos que se requiere conocer de la persona. En el caso que no exista respuesta al mensaje, no podrán ser considerados como efectivos, por lo que no son acciones para este registro.

Definiciones operacionales:

Se deberán registrar todas las acciones telefónicas de salud mental, según tipo, en el contexto de emergencia sanitaria, por tipo de acción (llamada telefónica, videollamada o mensajería de texto) desagregado por rango etario y sexo.

Reglas de consistencia:

R.1: La sumatoria de las columnas hombres y mujeres debe ser igual al total ambos sexos.

R.2: El registro Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Población SENAME, Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Población Mejor Niñez, Pueblos Originarios, Migrantes, Demencia y Espacios Amigables deben ser menor o igual al total ambos sexos.

Sección F.2: Controles de Salud Mental remotos (APS y especialidad)

Definiciones conceptuales:

Controles de Salud Mental por Llamadas Telefónicas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), vía llamada telefónica, que realiza algún integrante del equipo con las/os usuarios del Programa de Salud Mental de APS y Especialidad.

En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable, (identificado previamente o durante la llamada telefónica, por el adolescente). En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

La llamada telefónica deberá a lo menos tener una duración de 30 minutos, y en la cual se aborden los elementos contenidos en el Plan de Cuidados Integral para dar continuidad a la atención.

Las llamadas que no sean respondidas o en las cuales no se contacte a la persona, no podrán ser consideradas como llamadas efectivas, no siendo consideradas en este registro.

Las llamadas con una duración inferior a los 30 minutos no podrán ser registradas como Controles de Salud Mental remotos y deberán ser registradas como Acciones Telefónicas en APS o de Seguimiento en el Nivel Especialidad.

Controles de Salud Mental por Video Llamadas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), a través de video llamada, que realiza algún integrante del equipo con las/os usuarios del programa de salud mental de APS y Especialidad.

En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con la presencia de un adulto responsable, (identificado previamente o durante la video llamada, por el adolescente). En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

La videollamada deberá a lo menos tener una duración de 30 minutos, y en la cual se aborden los elementos contenidos en el Plan de Cuidados Integral para dar continuidad a la atención.

La video llamada que no sean respondida o en la cual no se contacte a la persona, no podrán ser consideradas como llamadas efectivas, no siendo consideradas en este registro.

La videollamada con una duración inferior a 30 minutos no podrá ser registrada como Controles de Salud Mental remotos y deberán ser registradas como Acciones Telefónicas en APS o de Seguimiento en el Nivel Especialidad.

Definiciones Operacionales:

Se deberán registrar los controles de salud mental remotos, realizados mediante llamada telefónica o videollamada, según tipo de profesional que lo realiza, desagregado por rango etario y sexo. Además, se deberá ingresar si los usuarios atendidos son Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes Población SENAME, migrantes, pertenecientes a pueblos originarios o personas con demencia.

En el caso de los registros de atenciones médicas remotas en la especialidad de Psiquiatría, hay que considerar que el total de consultas/controles realizados deben ser registrado en REM A32 Sección C1.

No obstante, en esta sección es posible diferenciar las atenciones de control resueltas vía remota por Médico Psiquiatra o Médico General que resuelve consultas de especialidad. Se recomienda revisar regla de consistencia N°3.

Reglas de consistencia:

R.1: La sumatoria de las columnas hombres y mujeres debe ser igual al total ambos sexos.

R.2: El registro de niños, niñas, adolescentes y jóvenes Red Mejor Niñez, pertenecientes a Pueblos Originarios, Migrantes, personas con demencia y espacios amigables, deben ser menor o igual al total ambos sexos.

R.3: El total de los registros correspondientes a los controles realizados por Médico y/o Médico Psiquiatra, tanto por vía contacto telefónico o videollamada debe estar contenido en su totalidad en la REM A32, Sección D.1 Especialidad Psiquiatría.

Sección G: Acciones de seguimiento remoto en el Programa de Salud Cardiovascular en APS.

Definiciones conceptuales:

Llamadas telefónicas o videollamadas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), vía llamada telefónica o video llamada, que realiza el equipo con las/os usuarios del programa de salud cardiovascular, para realizar priorización y/o seguimiento en estrategias de tratamiento, evaluación de exámenes y/o indicaciones dadas en control(es) previo(s).

El usuario deberá proporcionar información que permita tomar decisiones terapéuticas y/o de priorización de controles, mediante medición de PA, HGT (con equipos personales o facilitados por el centro de salud) o resultado de exámenes.

En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente o durante la llamada telefónica o video llamada, por el adolescente). En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

La llamada telefónica o video llamada, deberá idealmente tener una duración de 10 minutos.

Las llamadas que no sean respondidas o en las cuales no se contacte a la persona, no podrán ser consideradas como llamadas efectivas, no siendo consideradas en este registro.

Mensajería de texto: Se refiere al contacto, vía mensaje de texto, ya sea SMS o WhatsApp, que realiza el equipo con las/os usuarios del programa de salud cardiovascular, para realizar priorización de las atenciones.

En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente por el adolescente). En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

Como condición para el registro, se considera un contacto efectivo cuando sean mensajes respondidos por las personas, idealmente que se aborden todos los aspectos que se requiere conocer de la persona. En el caso que no exista respuesta al mensaje, no podrán ser considerados como efectivos, por lo que no son acciones para este registro.

Definiciones operacionales:

Se deberán registrar las acciones telefónicas realizadas (llamadas telefónicas, videollamadas o mensajes de texto) por el Programa de Salud Cardiovascular, según tipo de profesional que realiza el control, desagregado por rango etario y sexo. Se debe consignar también el número de beneficiarios que son atendidos.

Reglas de consistencia:

R.1: El registro de pertenencia a Pueblos Originarios y la condición de Migrantes, deben ser menor o igual al total ambos sexos.

Sección H: Actividades de acompañamiento remoto a personas mayores y sus familias por parte del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

Definiciones conceptuales:

Llamadas telefónicas: Corresponde a llamadas telefónicas realizadas por parte del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para el acompañamiento remoto de personas mayores y sus familias.

Incluye acciones de seguimiento de talleres del Programa, educación para uso de red de salud, educación en prevención y cuidado de personas mayores, acompañamiento emocional u otras acciones determinadas según reorganización de los centros de salud de atención primaria para acompañamiento vía llamada telefónica de las personas mayores y sus familias, realizadas por el equipo del Programa Más AM Autovalentes.

Video llamadas: Corresponde a video llamadas o conexiones remotas mediante plataformas que permitan visibilización y contacto instantáneo con las personas mayores y sus familias, realizadas por parte del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para el acompañamiento remoto de personas mayores y sus familias.

Incluye acciones de seguimiento de talleres del Programa, educación para uso de red de salud, educación en prevención y cuidado de personas mayores, acompañamiento emocional u otras acciones determinadas según reorganización de los centros de salud de atención primaria para acompañamiento vía llamada telefónica de las personas mayores y sus familias, realizadas por el equipo del Programa Más AM Autovalentes.

Contacto individual por mensaje electrónico**:** Corresponde a mensajes a través de correo electrónico o redes sociales para las personas mayores y sus familias, realizadas por parte del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para el acompañamiento remoto de personas mayores y sus familias.

Incluye acciones de seguimiento de talleres del Programa, educación para uso de red de salud, educación en prevención y cuidado de personas mayores, acompañamiento emocional u otras acciones determinadas según reorganización de los centros de salud de atención primaria para acompañamiento vía llamada telefónica de las personas mayores y sus familias, realizadas por el equipo del Programa Más AM Autovalentes.

Contacto grupal por mensaje electrónico: Corresponde a mensajes a través de correo electrónico o redes sociales para las personas mayores y sus familias, realizadas por parte del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para el acompañamiento remoto de personas mayores y sus familias.

Incluye acciones de seguimiento de talleres del Programa, educación para uso de red de salud, educación en prevención y cuidado de personas mayores, acompañamiento emocional u otras acciones determinadas según reorganización de los centros de salud de atención primaria para acompañamiento vía llamada telefónica de las personas mayores y sus familias, realizadas por el equipo del Programa Más AM Autovalentes.

En esta definición, puesto que no es posible determinar alcance en cuanto a número de personas y edades, se registra una única vez en la columna grupal.

Definiciones operacionales:

Se deberán registrar las actividades de acompañamiento remoto, por tipo de actividad, desagregada por rango etario y sexo de las personas contactadas, excepto la actividad grupal, la cual no deberá desagregarse por sexo ni rango etario, sino que registrase como un total. Se debe consignar también el número de beneficiarios contactados.

Reglas de consistencia:

R.1: El registro de pertenencia a Pueblos Originarios y la condición de Migrantes, deben ser menor o igual al total ambos sexos.

Sección I: Seguimiento de salud infantil remoto

Definiciones conceptuales:

Es una acción que no reemplaza el Control de Salud Infantil que se realiza en establecimiento de salud, en domicilio o de manera presencial, pero que si tiene ciertas características mínimas de la norma infantil, que requiere realizar el profesional, para seguir realizando la vigilancia al desarrollo.

Seguimiento de Salud**:** Como la estrategia de carácter remoto se ejecuta un monitoreo telefónico o video llamada, la cual tiene por objetivo continuar con el apoyo y vigilancia del estado de salud, crecimiento y desarrollo, la cual no cuenta con todas las características del control de salud infantil y consulta nutricional, pero si alguna de ellas. (No se efectúa evaluación antropométrica).

En la categoría Otros profesionales se incluyen a Educadora de Párvulos, TENS, Fonoaudiólogo(a), Kinesiólogo(a), etc.

El seguimiento de salud, se pueden realizar de las siguientes formas:

- Llamadas telefónicas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), vía llamada telefónica, que realiza el profesional de la salud dirigida a niños y niñas con el fin de efectuar el seguimiento de salud, considerando las diversas áreas que se evalúan en su control habitual.

  La llamada telefónica deberá a lo menos tener una duración de 20 minutos. En el caso de los niños y niñas de 0 a 9 años, el contacto debe ser realizado con un adulto responsable.

  Las llamadas que no sean respondidas o en las cuales no se contacte a la persona, no podrán ser consideradas como llamadas efectivas.

  Estas acciones no reemplazan el Control de Salud Infantil que se realiza en establecimiento de salud o en domicilio.

- Videollamadas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), a través de video llamada, que realiza el profesional de la salud dirigida a niños y niñas con el fin de efectuar el seguimiento de salud, considerando las diversas áreas que se evalúan en su control habitual.

  La videollamada, deberá a lo menos tener una duración de 20 minutos. En el caso de los niños y niñas de 0 a 9 años, el contacto debe ser realizado con un adulto responsable y solicitar, en la medida de lo posible, visualizar e interactuar con el niño o niña.

Las videollamadas que no sean respondidas o en las cuales no se contacte a la persona, no podrán ser consideradas como llamadas efectivas.

Esta acción no reemplaza el Control de Salud Infantil que se realiza en establecimiento de salud o en domicilio. Y que debe registrarse normalmente en el A03.

Lo mismo respecto a las evaluaciones y revaluaciones, independiente de la forma en que se haga (centro de salud o domicilio) debe registrarse en el A05.

Definiciones Operacionales:

Se deberán registrar los seguimientos de salud infantil, por tipo de profesional, desagregándolos por acciones (llamadas telefónicas o videollamadas), por rango etario y sexo.

Reglas de consistencia:

Esta sección no requiere reglas de consistencia.

Sección J: Atención Remota Adolescente

Definiciones conceptuales:

La Atención Remota a Adolescentes, es una acción que no reemplaza el Control de Salud Integral en este grupo etario que se realiza de manera presencial en el centro de salud, establecimiento educacional, espacio amigable u otros espacios, dado que por vía remota no es posible realizar las actividades relacionadas con el examen físico (a excepción del TANNER, cuando se hace mostrando una fotografía para autoidentificación), pero permite pesquisar riesgos reforzar conductas protectoras e intervenir de manera oportuna.

Se sugiere priorizar la realización de la atención en adolescentes bajo control principalmente en aquellos que en su Historia Clínica presentan riesgos en el área de Salud Mental, como estar expuestos a maltrato /abuso, riesgo suicida o consumo de sustancias, que requieren ser derivados a otro nivel de atención o, a otros profesionales.

No obstante, para la población inscrita, sin control previo o no vigente, se recomienda promover la atención remota, sobre todo si se ha pesquisado algún factor de riesgo en alguna otra atención. Se recomienda convocar tanto directamente a adolescentes (vía rescate telefónico u otra) como a través de otros medios acorde a realidad local (pancartas, radios, redes sociales, consejos consultivos de adolescentes y jóvenes, fono de atención exclusiva para adolescentes).

Llamadas telefónicas o video llamadas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), vía llamada telefónica o video llamada, que realiza el equipo con las/os usuarios.

En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente o durante la llamada telefónica o video llamada, por el adolescente). En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

Las llamadas que no sean respondidas o en las cuales no se contacte a la persona, no podrán ser consideradas como llamadas efectivas, no siendo consideradas en este registro REM.

Mensajería de texto**:** Se refiere al contacto, vía mensaje de texto, ya sea SMS o WhatsApp, que realiza el equipo con las/os usuarios. En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente por el adolescente).

En los adolescentes entre 14 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

Como condición para el registro, se considera un contacto efectivo cuando sean mensajes respondidos por las personas, idealmente que se aborden todos los aspectos que se requiere conocer de la persona. En el caso que no exista respuesta al mensaje, no podrán ser considerados como efectivos, por lo que no son acciones para este registro.

Definiciones operacionales:

La atención remota a adolescentes debe registrarse en este REM, según el equipo profesional que lo realice (equipo de espacio amigable u otro Equipo de Salud).

Reglas de consistencia:

Esta sección no requiere reglas de consistencia

Sección K: Atenciones remotas en Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIS) en APS.

Definiciones conceptuales:

Intervenciones de Seguimiento Efectivas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), vía llamada telefónica o video llamada, que realiza el profesional de MADIS con las/os usuarios derivados a Modalidades de estimulación infantil.

Las intervenciones de seguimientos efectivas deben contener las siguientes acciones mínimas para ser considerada como tal:

- Levantar estado del Plan de Intervención ya realizado en sala (Consultando sobre los avances que ha tenido, estado de salud, desarrollo actual)
- Proponer un nuevo plan, según las nuevas necesidades de cada familia, siendo este acotado, en el contexto de contingencia, de acuerdo con la hipótesis diagnóstica de ingreso, evolución del niño y según lo que menciona cada familia, con el objetivo de no descontinuar las intervenciones y otorgar apoyo adicional en este período.

El nuevo Plan de Intervención, debe contener al menos los objetivos generales de intervención, foco de la atención, área en déficit o rezago, y redefinición de objetivos específicos, entrega de contenidos básicos (según necesidades de familia) y ejemplo de estimulación.

Si se logra contacto con la familia y ésta valida el plan de intervención y acepta implementarlo desde el domicilio, se podrá seguir avanzando en la implementación y ejecución de estimulación, y seguir registrándolo en ficha clínica, SRDM y planilla REM.

Intervenciones de Otro Tipo (Que no cumple con las indicaciones de intervenciones efectivas): Logra levantar estado de salud del niño, contexto familiar, dudas de la familia. Sólo se realiza una escucha activa de la intervención, respuesta oportuna, y no aplica plan de intervención según lo planificado, todo esto a través de llamadas telefónicas y mensajería de texto.

Última sesión-Término de tratamiento**:** Se refiere a la sesión en la cual se realiza el contacto con la familia y logra entrega de contenidos básicos necesarios, se visualice el proceso, se da a conocer el estado inicial y final del niño(a), los logros alcanzados por los adultos en su relación con su hijo. Y

De ser necesario se debe derivar a reevaluación del desarrollo psicomotor en el control de salud.

En todos los contactos debe ser realizado con un adulto responsable de los niños(as) a intervenir.

Llamadas telefónicas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), vía llamada telefónica, que realiza el profesional de MADIS con las/os usuarios derivados a Modalidades de estimulación infantil.

En todos los contactos debe ser realizado con un adulto responsable de los niños (as) a intervenir.

La llamada telefónica, deberá idealmente tener una duración de 10 a 15 minutos.

Videollamadas: Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), vía video llamada, que realiza el profesional MADIS con las/os usuarios derivados a Modalidades de estimulación infantil. En todos los contactos debe ser realizado con un adulto responsable de los niños (as) a intervenir.

La videollamada, deberá idealmente tener una duración de 10 a 15 minutos.

Las llamadas que no sean respondidas o en las cuales no se contacte a la persona, no podrán ser consideradas como intervenciones efectivas, y se llamaran "Contacto con familia fallidos".

Mensajería de texto: Se refiere al contacto, vía mensaje de texto, ya sea SMS o WhatsApp, que realiza el profesional MADI con las/os usuarios derivados a MADIS. Siempre contactándose con un adulto responsable. El uso de estos mensajes será sólo en caso de que la familia tenga consultas respecto a la rutina, estimulación que necesite el niño en este contexto.

Como condición para el registro, se considera un contacto efectivo cuando sean mensajes respondidos por las personas, idealmente que se aborden todos los aspectos que se requiere conocer de la persona. En el caso que no exista respuesta al mensaje, no podrán ser considerados como efectivos, por lo que no son acciones para este registro.

Definiciones operacionales:

Se deberán registrar el total de actividades remotas realizadas, según tipo de acción y además, desagregarla según rango etario de los usuarios atendidos.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere reglas de consistencia

Sección L: Educación grupal remota según áreas temáticas y edad

Definiciones conceptuales:

Cuando la educación grupal promocional y preventiva ChCC no se pueda efectuar de manera presencial será realizada transitoriamente de manera remota ya sea de carácter grupal (con grupos más pequeños) o bien individual debido a su relevancia en el acompañamiento a la trayectoria de desarrollo infantil.

Nadie es Perfecto (NEP)- Taller gratuito, de educación grupal de actividad cerrada, que promueve habilidades parentales de forma presencial, a través de 6 a 8 sesiones para padres, madres y cuidadores de niño y niñas desde el nacimiento hasta los 5 años. (No deberá registrarse en esta planilla)

NEP habilidades parentales tiene 4 tipos de intervenciones:

- NEP Remoto A: Tipo de actividad cerrada y que se entrega de forma similar al NEP presencial. Dirigidas a los padres, madres y cuidadores de niños y niñas de 0 a 5 años de vida.

  Las temáticas son comportamiento, desarrollo físico, desarrollo mental, seguridad y prevención y padres, madres y/o cuidadores. Un taller son 6 a 8 sesiones. Grupos pequeños (2 a 4 personas máximo, para resguardar tiempos y comunicación entre usuarios).

  Tienen una frecuencia de sesiones semanales o dos veces a la semana y una duración de 60 a 120 minutos.

  Esta prestación se registra indicando la forma en que fue realizado, en este caso sólo puede registrarse como video llamada grupal.

- NEP Remoto B: Es un tipo de actividad cerrada, dirigidas a los padres, madres y cuidadores de niños de 0 a 5 años de edad, donde se desarrollan temáticas más específicas según la derivación y necesidad que presenten las familias

  Consiste en un taller en 1 sola sesión, de grupos pequeños o personalizado 1 a 4 personas máximo. La duración de es de 30 a 60 minutos.

- NEP Seminario: Es un tipo de actividad abierta, que se entrega sólo una vez, de forma breve y muy general a los padres, madres y cuidadores de niños de 0 a 5 años de edad, que necesitan intervención, apoyo en habilidades de crianza y en una de las 5 temáticas de forma introductoria al NEP.

  La duración de esta actividad es de 30 a 60 minutos cada encuentro virtual o radial.

- NEP Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI): Corresponde a la versión del Taller Nadie es Perfecto diseñado para la población de padres, madres y cuidadores de niños(as) de 5 a 9 años con problemas de conducta, en el contexto del Programa de Salud Mental Infantil (PASMI).

  Consiste en una intervención grupal de 4 sesiones que promueve las competencias parentales en torno a la crianza de este grupo etario. Los talleres son desarrollados por facilitadores entrenados en la modalidad NEP PASMI conducta.

Definiciones Operacionales:

- NEP Remoto A: Esta prestación se registra indicando la forma en que fue realizado (por videollamada grupal o por Plataforma Digital), además se desagrega según madre, padre o cuidador de menores de 12 meses hasta niños de 5 años.
- NEP Remoto B: Se debe registrar indicando la forma en que fue realizado (por llamada telefónica, videollamada grupal o por plataforma digital), si se realiza a gestantes y/o acompañante de gestante y además se desagrega según madre, padre o cuidador de menores de 12 meses hasta niños de 5 años.
- Nadie es Perfecto Seminario: Se registra indicando la forma en que fue realizado (seminario-radio o por Plataforma Digital), si se realiza a gestantes y/o acompañante de gestante y además se desagrega según madre, padre o cuidador de menores de 12 meses hasta niños de 5 años.
- NEP Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI): En este apartado se registran sólo aquellos talleres que se realizan de manera remota. Para el registro se requiere un mínimo de dos participantes y una duración de al menos 60 minutos. Se desagrega según los tipos de acciones y se registra la cantidad de madre, padre o cuidador de niños de 5 a 9 años.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere reglas de consistencia

Sección M: Actividades Programa Elige Vida Sana por llamada telefónica

Definiciones conceptuales:

Las actividades de índole promocional o preventiva se pueden ver restringidas a estrategias de carácter no presencial, en casos especiales. Por lo cual es necesario reforzar aspectos fundamentales para el bienestar de las personas como son sus hábitos nutricionales y de actividad física especialmente en personas con factores de riesgo como son el sobrepeso y la obesidad.

Por esta razón en el Programa Elige Vida Sana los profesionales han implementado dos estrategias que no están contempladas en el REM habitual y que son parte de la producción de los Centros de Atención Primaria.

Información de Actividad Física/Nutrición/Psicólogo enviada por teléfono (Tips): Considera el envío de información vía telefónica para entregar consejos tipo "Tips" y mantener la motivación y adherencia al programa.

Se debe registrar el contacto vía mensaje de texto, ya sea SMS, WhatsApp u otro similar, que realiza el equipo con las/os participantes del programa.

Definiciones operacionales:

Se deberá registrar las actividades realizadas por el Programa Elige Vida Sana, según número de mensajes. Además, se deberá desagregar por participantes, por rango etario. Se debe señalar, por último, si estos mensajes se realizan a usuarias Gestantes o Post Parto.

Regla de consistencia:

R.1: La suma de usuarias gestante y post parto debe ser igual o menor a la suma de los participantes de 10 a 54 años.

Sección N: Actividades Programa Elige Vida Sana por redes sociales

Definiciones conceptuales:

Videos de Actividad Física/Vida Sana subido a las Redes Sociales**:** Debido a la mala conexión a internet de algunas localidades los equipos no pueden transmitir en vivo los círculos de vida sana y círculos de actividad física, por lo que deben grabar videos con anterioridad y luego compartirlas por redes sociales (Facebook o Instagram), pero esto no puede ser contabilizado en el REM habitual por no ser una interacción directa con los usuarios.

Definiciones Operacionales:

En esta sección se registran los números de videos, ya sean grabados con anterioridad o subidos en vivo, compartidos en las redes sociales como por ejemplo Facebook o Instagram, desagregado por rango etario. Se debe consignar dentro de las personas que reciben estos videos son usuarias gestantes o en post parto.

Regla de consistencia:

R.1: La suma de los videos a gestante y usuarias post parto debe ser igual o menor al total de archivos multimedia.

Sección P: Apoyo telefónico del Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS.

Definiciones conceptuales:

El programa considera para cumplir con la función de acompañamiento la realización de otras actividades como el acompañamiento telefónico, ésta se realiza con el consentimiento de la persona, o sus cuidadores si corresponde.

Definiciones operacionales:

Se refiere al registro de las llamadas telefónicas o envío de mensajería que se realiza en el marco del Programa de Acompañamiento Psicosocial. Se contempla una llamada de aproximadamente 10 minutos de duración, o el mismo tiempo de duración de la mensajería. Se requiere que este contacto telefónico se enmarque dentro del acompañamiento psicosocial y no sea sólo una actividad de rescate telefónico.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección Q: Teleconsulta medicina abreviada

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la ejecución de teleconsultas de tratamiento anticoagulante oral de forma remota entre profesional y paciente, cuyo propósito es la entrega de resultados de exámenes, indicación de tratamiento o confección de recetas.

Definiciones operacionales:

Se considera producción de Teleconsulta medicina abreviada a la atención otorgada por el Médico especialista que genera la receta o indicación de tratamiento en base a los datos aportados por el examen correspondiente.

Reglas de consistencia:

No requiere regla de consistencia.

REM A33: CUIDADOS PALIATIVOS NIVEL APS Y ESPECIALIDADES

Este registro permite tributar las prestaciones de abordaje de las personas con condiciones de salud que requieran cuidados paliativos contemplando todo el curso de vida, en los establecimientos de salud de la red pública, de manera de mejorar la oportunidad al ingreso, acceso y seguimiento de la calidad en este proceso, contribuyendo al buen morir y el acompañamiento a sus cuidadoras/es y familiares.

SECCIONES DEL REM-A33

- **Sección A:** Nivel Primario
- **Sección A.1:** Ingresos por diagnóstico y egreso por causales
- **Sección A.2:** Actividades Nivel Primario
- **Sección B:** Nivel Especialidad
- **Sección B.1:** Ingresos por diagnóstico y egreso por causales
- **Sección B.2:** Actividades Nivel Especialidad
- **Sección C:** Capacitaciones de equipos (intra y entre equipos)
- **Sección D:** Telecomités
- **Sección E:** Requerimiento derivación y/o atención de urgencias

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS DE LAS SECCIONES DEL REM-A33

Sección A: Nivel Primario

Sección A.1: Ingresos por diagnóstico y egreso por causales

Definiciones conceptuales:

Ingresos por diagnóstico con plan de tratamiento: Corresponde a la incorporación de una persona a cuidados paliativos para ser intervenida.

Es importante considerar que la Orientación Técnica de cuidados paliativos universales, define las etapas de la enfermedad cuyos criterios necesitan de estos cuidados.

Listado de diagnósticos:

- Tumores malignos
- Otros cánceres (incluye hematológicos)
- Infección causada por VIH
- Otras enfermedades infecciosas
- Trastornos mentales orgánicos
- Enfermedades extrapiramidales y/o del movimiento
- Desmielinizantes del SNC
- Neurodegenerativas
- Parálisis cerebral severa
- Cardiopatías congénitas o adquiridas
- Insuficiencia cardíaca
- Enfermedades sistema nervioso vascular o traumático (ACV-TEC)
- EPOC
- Otras pulmonares (restrictivas, vasculares)
- Insuficiencia hepática
- Enfermedad renal crónica
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- Enfermedades autoinmunes e inmunodeficiencias severas
- Enfermedades gastrointestinales
- Prematurez
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- Alteraciones del tejido conjuntivo o musculoesquelético severos

- Otras

Egresos por diagnóstico con plan de tratamiento: Se consigna el término de la permanencia de la persona en la estrategia de cuidados paliativos. El egreso puede ser por las siguientes causales:

- Fallecimiento menor a 6 meses desde ingreso
- Fallecimiento más de 6 meses y menos de un año del ingreso
- Fallecimiento posterior a 12 meses del ingreso
- Otra causal (cambio de domicilio, decisión consensuada de alta, entre otras).

Si la causal es fallecimiento, se debe señalar el periodo de permanencia desde el ingreso hasta el egreso.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de ingresos efectuados, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas.

En esta sección se incluye el número de egresos por causal desagregados según el grupo de edad y sexo.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de ingresos debe ser mayor o igual a cero.

R.2: La suma de los grupos de edad para cada sexo debe coincidir con el total registrado para hombres y mujeres.

R.3: La suma total en cada fila debe coincidir con la suma del total de hombres y mujeres y el total de sumas de cada grupo de edad.

Sección A.2: Actividades Nivel Primario

Definiciones conceptuales:

Visita domiciliaria integral multidisciplinaria (elaboración o evaluación plan**):** Relación establecida entre el usuario y/o cuidadora o cuidador y uno o más miembros del equipo de salud, en el lugar de residencia de la misma, motivada por la evaluación del caso índice derivado a cuidado paliativo con la finalidad de generar un plan de tratamiento integral.

Visita domiciliaria tratamiento/rehabilitación/seguimiento: Atención entregada por profesionales del equipo de salud a una persona en su propio hogar o institucionalizados, con el fin de brindar apoyo, tratamiento, rehabilitación y seguimiento; centrado en el proceso de enfermedad e incluye la atención de cuidados paliativos. Quedan excluidas las actividades registradas por otros motivos en el REM A26.

Procedimientos de enfermería: Corresponde al número de intervenciones realizadas en domicilio con el fin de realización de procedimientos (vía subcutánea, curaciones, etc.) por profesional de enfermería o técnico en enfermería en aquellas personas que lo requieran, de acuerdo a los criterios definidos en Orientaciones Técnicas.

Control ambulatorio: es la atención proporcionada por el equipo de salud al usuario que comprende evaluación, diagnóstico, determinación o modificación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo con el plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad.

Consulta telefónica: corresponde al número de contactos telefónicos efectivos realizados por el equipo de salud a las personas que lo requieran, esto es, usuario o cuidadora cuidador, de acuerdo a los criterios definidos en Orientaciones Técnicas.

Atención ambulatoria a familiares: es la intervención ambulatoria realizada por el profesional y/o técnico de enfermería. Esta intervención es realizada tanto a familiares y/o cuidadores. Incluye consejería, elaboración de plan de cuidados integrales (PCI), control y seguimiento para evolución, evaluación y psicoeducación, entre otras actividades definidas en la Orientaciones Técnicas.

Servicios farmacéuticos: corresponde a las actividades que realiza el químico farmacéutico en relación con la atención farmacéutica y la farmacovigilancia. Dentro de ellas se encuentran: atención, conciliación, educación y seguimiento farmacéutico, farmacovigilancia y registro de efectos adversos entre otros señalados en Orientaciones Técnicas.

Apoyo psicológico al usuario: es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a la persona.

Apoyo social al usuario**:** corresponde a las intervenciones que apuntan a la construcción de redes sociales, así como intervenciones colectivas que potencien un entorno que fomente la justicia social y la existencia de apoyo social del usuario, familia y/o cuidador.

Apoyo psicológico a familia o cuidadores: es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a la persona en cuidados paliativos, familiar o cuidador, tendiente a apoyar el proceso terapéutico, manejo de duelo,

Educación: actividades realizadas por el equipo de salud dirigidas al usuario, la familia y/o cuidador, destinadas a reforzar hábitos y/o actitudes que favorezcan la calidad de vida para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Apoyo en la gestión de manifestación de voluntades anticipadas: actividad relacionada con la gestión de instrucciones explícitas de la persona y/o cuidadores (menores de edad) capaz, de manera libre, de expresar las indicaciones a tener en cuenta cuando se encuentra en una situación en que no pueda expresar personalmente su voluntad sobre los cuidados o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos, frente a un interlocutor válido del equipo de salud, actividad que se recomienda debe quedar en ficha clínica.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de actividades efectuadas, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, por el funcionario (profesional o técnico) que realiza la actividad y por el tipo de intervención a usuario y/o cuidador.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de prestaciones debe ser mayor o igual a cero.

R.2: La suma de los grupos de edad para cada sexo debe coincidir con el total registrado para hombres y mujeres.

R.3: La suma total en cada fila debe coincidir con la suma del total de hombres y mujeres y el total de sumas de cada grupo de edad.

Sección B: Nivel Especialidad

Sección B.1: Ingresos por diagnóstico y egreso por causales

Definiciones conceptuales:

Ingresos por diagnóstico con plan de tratamiento: Actividad que consiste en la incorporación de una persona a cuidados paliativos para ser intervenida.

Es importante considerar que la Orientación Técnica de cuidados paliativos universales, define las etapas de la enfermedad cuyos criterios necesitan de estos cuidados

Listado de Diagnósticos:

- Tumores malignos
- Otros cánceres (incluye hematológicos)
- Infección causada por VIH
- Otras enfermedades infecciosas
- Trastornos mentales orgánicos
- Enfermedades extrapiramidales y/o del movimiento
- Desmielinizantes del SNC
- Neurodegenerativas
- Parálisis cerebral severa
- Cardiopatías congénitas o adquiridas
- Insuficiencia cardíaca
- Enfermedades sistema nervioso vascular o traumático (ACV-TEC)
- EPOC
- Otras pulmonares (restrictivas, vasculares)
- Insuficiencia hepática
- Enfermedad renal crónica
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- Enfermedades autoinmunes e inmunodeficiencias severas
- Enfermedades gastrointestinales
- Prematurez
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- Alteraciones del tejido conjuntivo o musculoesquelético severos
- Otras

Egresos: Se consigna la permanencia de la persona en cuidados paliativos antes de su fallecimiento. Se incluyen:

- Fallecimiento menor a 6 meses desde ingreso
- Fallecimiento más de 6 meses y menos de un año del ingreso
- Fallecimiento posterior a 12 meses del ingreso
- Otra causal (cambio de domicilio, decisión consensuada de alta, entre otras).

Definiciones operacionales:

Se registra el número de ingresos efectuados, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas.

En esta sección se incluye el número de egresos por causal desagregados según el grupo de edad y sexo.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de ingresos debe ser mayor o igual a cero.

R.2: La suma de los grupos de edad para cada sexo debe coincidir con el total registrado para hombres y mujeres.

R.3: La suma total en cada fila debe coincidir con la suma del total de hombres y mujeres y el total de sumas de cada grupo de edad.

R.4: El total registrado en Pueblos Originarios y/o Migrantes, debe ser menor o igual que el total ambos sexos.

Sección B.2: Actividades Nivel Especialidad

Definiciones conceptuales:

Consulta Nueva: Es la primera prestación generada por un médico en la atención ambulatoria. Cada interconsulta es una consulta nueva por la especialidad que la realiza, independiente que el usuario haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.

Control: Es la atención proporcionada por el profesional que comprende evaluación, diagnóstico, determinación o modificación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo al plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad.

Visita Domiciliaria: Relación establecida entre el usuario y/o más integrantes de la familia y uno o más miembros del equipo de salud, en el lugar de residencia de la misma, motivada por la evaluación del caso índice derivado a cuidados paliativos con la finalidad de generar un plan de tratamiento integral, rehabilitación y seguimiento; centrado en el proceso de enfermedad que incluye la atención de cuidados paliativos. Quedan excluidas las actividades registradas por otros motivos en el REM A07 y A26.

Interconsulta en Sala: Corresponde a la atención profesional otorgada por el médico especialista u otros profesionales no médicos desde la atención ambulatoria a una persona usuaria en un evento de hospitalización que incluye anamnesis, examen físico, prescripción de exámenes o intervenciones terapéuticas. Se aplica a establecimientos con atención médica de especialidades: Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centro Adosado de Especialidades de hospitales (CAE), Centro Referencia Salud (CRS).

Atención Farmacéutica: Corresponde a las actividades que realiza el químico farmacéutico en relación con la atención farmacéutica y la farmacovigilancia. Dentro de ellas se encuentran: atención, conciliación, educación y seguimiento farmacéutico, farmacovigilancia y registro de efectos adversos entre otros señalados en las Orientaciones Técnicas.

Procedimientos: Corresponde al número de intervenciones realizadas en domicilio con el fin de ejecutar procedimientos (vía subcutánea, curaciones, paracentesis etc.) por profesional a cargo en aquellas personas que lo requieran, de acuerdo a los criterios definidos en Orientaciones Técnicas.

Educación: Actividades dirigidas al usuario, la familia y/o cuidador, destinadas a reforzar hábitos y/o actitudes que favorezcan la calidad de vida para el cumplimiento de objetivos terapéuticos.

Contacto Telefónico: Corresponde al número de contactos telefónicos efectivos realizados por el equipo de salud a las personas, usuario o cuidadora cuidador, de acuerdo a los criterios definido en Orientaciones Técnicas.

Consulta Salud Mental Usuario: Son las atenciones posteriores al ingreso de la persona, realizada por cualquiera de los integrantes del equipo en salud mental, en el marco del Plan de Cuidados Integrales (PCI). Incluye evaluación clínica, examen físico y mental, profundización diagnóstica, control y seguimiento de indicaciones y evolución, refuerzo de adhesión al tratamiento, psicoeducación, indicación terapéutica, solicitud de exámenes, emisión de informes, apoyo emocional, educación para el autocuidado, rehabilitación psicosocial y todos los procedimientos clínicos definidos conjuntamente en el PCI de la persona.

Consulta salud mental al cuidador o familiar: Son las atenciones posteriores al ingreso de la persona, dirigidas a sus familiares, cuidadores y/o red de apoyo, realizada por cualquiera de los integrantes del equipo en salud mental, en el marco del Plan de Cuidados Integrales (PCI). Incluye evaluación clínica, examen físico y mental, profundización diagnóstica, control y seguimiento de indicaciones y evolución, refuerzo de adhesión al tratamiento, psicoeducación, indicación terapéutica, solicitud de exámenes, emisión de informes, apoyo emocional, educación para el autocuidado, rehabilitación psicosocial y todos los procedimientos clínicos definidos conjuntamente en el PCI de la persona.

Apoyo social al usuario: Corresponde a las intervenciones que apuntan a la construcción de redes sociales, así como intervenciones colectivas que potencien un entorno que fomente la justicia social y la existencia de apoyo social del usuario, familia y/o cuidador.

Apoyo en la Gestión de Manifestación de Voluntades Anticipadas: Actividad relacionada con la gestión de instrucciones explícitas de la persona y/o cuidadores (menores de edad) capaz, de manera libre, de expresar las indicaciones a tener en cuenta cuando se encuentra en una situación en que no pueda expresar personalmente su voluntad sobre los cuidados o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos, frente a un interlocutor válido del equipo de salud, consignado en ficha clínica.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de actividades efectuadas, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, por el funcionario profesional o técnico que realiza la actividad y por el tipo de intervención a usuario y/o cuidador.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de prestaciones debe ser mayor o igual a cero.

R.2: La suma de los grupos de edad para cada sexo debe coincidir con el total registrado para hombres y mujeres.

R.3: La suma total en cada fila debe coincidir con la suma del total de hombres y mujeres y el total de sumas de cada grupo de edad.

Sección C: Capacitaciones de equipos (intra y entre equipos)

Definiciones conceptuales:

Corresponde a un sistema de transferencia continúa basado en la calidad y en la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad y el equipo de salud general, con el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de usuarios entre ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos, la continuidad y oportunidad de atención.

Desde especialidad: Consiste en la transferencia de conocimientos entre el nivel de especialidad hacia APS con el propósito de propiciar la calidad y pertinencia.

Desde APS: Consiste en la transferencia de conocimientos entre el nivel el nivel primario hacia otros profesionales de la APS con el propósito de propiciar la calidad y pertinencia resolutiva.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de actividades efectuadas, desagregados según nivel de atención, número de sesiones, participantes y modalidad de realización, esto es, bajo modalidad presencial o remota.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de prestaciones debe ser mayor o igual a cero.

R.2: La suma de modalidad remota y presencial debe sumar el total de sesiones

Seccion D: Telecomités

Definiciones conceptuales:

Entre especialistas: Corresponde a las intervenciones realizadas en tiempo real entre profesionales de salud del nivel secundario

Con la red: Corresponde a las intervenciones realizadas en tiempo real entre profesionales de salud desde las unidades de especialidad hacia la APS, a través de Hospital Digital o estrategia local, con el objetivo de evaluar casos complejos.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de actividades efectuadas, desagregados según nivel de atención, número de sesiones, participantes y modalidad de realización, esto es, bajo modalidad remota.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de prestaciones debe ser mayor o igual a cero.

R.2: La suma de modalidad remota y presencial debe sumar el total de sesiones

R.3: El total a nivel nacional debe coincidir con la suma de los totales por región.

Sección E: Requerimiento de derivación y/o Atención de Urgencia

Definiciones conceptuales:

Consiste en derivaciones originadas desde APS y urgencia hacia especialistas u hospitalización, que cumplen con los protocolos de referencia que resguardan el nivel de atención bajo el cual la persona debe resolver su problema de salud, siendo el motivo de derivación atingente de solucionar en nivel de atención al que se deriva y considerando los plazos en que debe otorgarse la prestación.

Derivación desde especialidad: Puede ser hacia APS, servicios de urgencia del nivel primario u hospitalario, o atención cerrada (institucional o domiciliaria).

Derivación desde APS: Hacia servicios de urgencia del nivel primario u hospitalario o unidades de especialidad

Derivación desde hospitalización: Hacia atención ambulatoria u hospitalización domiciliaria.

Derivación desde urgencia: Hacia atención cerrada.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de actividades efectuadas por nivel primario o de especialidad desagregados por servicios de urgencia, especialidades, hospitalización institucional o domiciliaria.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de prestaciones debe ser mayor o igual a cero.

SERIE BS
REM 2023

REM –B: RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL

El REM B es para uso de los establecimientos que integran el Sistema Nacional De Servicios De Salud, sean dependientes del Ministerio de Salud.

Este REM debe dar cuenta de toda la producción del establecimiento, los cuales incluyen actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Este contiene:

1) El libro de prestaciones de apoyo diagnóstico y terapéutico, para el registro de la producción propia de los establecimientos
2) El libro de prestaciones de apoyo diagnóstico y terapéutico, bajo la modalidad de compras realizadas al sistema y ventas de servicios
3) El libro de prestaciones por compra de servicio de prestaciones de apoyo diagnóstico y terapéutico, al extrasistema

SECCIONES DEL REM-B

El REM BS, integra el listado de todas las prestaciones otorgadas por los establecimientos, contenidas en los aranceles FONASA MAI, MLE y todas aquellas prestaciones que, aun no estando aranceladas, son realizadas por los establecimientos.

El listado de prestaciones se desagrega de acuerdo con los grandes grupos del arancel y donde se han agregado todas aquellas no incluidas en él.

1) Atención Abierta
2) Atención Cerrada
3) Laboratorio Clínico
4) Imagenología
5) Medicina Nuclear y Radioterapia
6) Medicina Transfusional
7) Anatomía Patológica
8) Prestaciones de Psiquiatría y Salud Mental
9) Intervenciones quirúrgicas
10) Procedimientos
11) Anestesia
12) Rescates, Traslados y Rondas Rurales
13) Atención Odontológica

Esta hoja de prestaciones contendrá las siguientes columnas:

- Total de actividades desagregada por: Beneficiarios, con las modalidades de atención institucional (MAI) y modalidad libre elección (MLE) y No beneficiarios.
- Intervenciones quirúrgicas por: Principal y secundaria
- Total de beneficiarios con las modalidades de atención institucional (MAI) y modalidad libre elección (MLE) y No beneficiarios.
- Intervenciones quirúrgicas mayores no ambulatorias electivas por: Total, Menores de 15 años y Mayores de 15 años.
- Intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias electiva por: Total, Menores de 15 años y Mayores de 15 años
- Intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias urgencia por: Total Menores de 15 años y Mayores de 15 años
- Intervenciones quirúrgicas mayores no ambulatorias urgencia por: Total Menores de 15 años y Mayores de 15 años.
- Procedencia de la solicitud, desagregada en: Atención cerrada Atención abierta y urgencia.
- Producción intrahospital, desagregada en: Por honorarios, Por convenios, Por consultores de llamada y Operativos.
- Compras realizadas al sistema, al extrasistema y ventas de servicios

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS DE LAS SECCIONES DEL REM B

Definiciones conceptuales:

- Beneficiarios: son aquellos que pertenecen al Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- Intervención Quirúrgica: Conjunto de acciones de salud efectuadas a una persona, con fines diagnósticos y/o terapéuticos, utilizando alguna técnica quirúrgica, bajo algún tipo de anestesia, realizada por profesionales médicos, en un quirófano. Intervenciones Quirúrgicas Principal: Corresponde a la intervención quirúrgica que motiva el ingreso de una persona a quirófano.
- Cirugía electiva: Es la intervención quirúrgica que, por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente, su realización puede ser diferida en el tiempo.
- Intervención quirúrgica mayor: Es una intervención quirúrgica que implica la entrada a cavidades normalmente estériles como peritoneo, pleura y/o cavidad ocular, que conlleva un mayor riesgo de sangrado y que requiere de sedación profunda, anestesia general o anestesia regional.
- Intervención quirúrgica menor: Es la intervención quirúrgica diagnóstica y/o terapéutica de baja complejidad y riesgo vital, con escasas complicaciones, realizada bajo anestesia local y mínima medicación pre-operatoria.
- Procedimientos clínicos: Son prestaciones de salud, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos y/o terapéuticos, que implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.
- Intervenciones Quirúrgicas Secundaria: Corresponde a otras intervenciones quirúrgicas diferentes a la que motivó el ingreso de una persona al quirófano, y que son realizadas en el mismo tiempo quirúrgico.
- Intervenciones Quirúrgicas Mayores No Ambulatorias Electivas: Corresponde a una intervención quirúrgica que implica la entrada a cavidades normalmente estériles como peritoneo, pleura y/o cavidad ocular, que con lleva un mayor riesgo de sangrado y que requiere de sedación profunda, anestesia general o anestesia regional y que que por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente, su realización puede ser diferida en el tiempo.
- Intervenciones Quirúrgicas Mayores Ambulatorias Electiva: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, qué de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, puede ser electiva. Se realiza en el quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 24 horas. El período de observación postoperatoria debe ser realizado en una unidad destinada a este fin y no en una cama de dotación. Una vez pasado el tiempo de recuperación anestésica, el paciente vuelve a su domicilio.

- Intervenciones Quirúrgicas Mayores Ambulatorias Urgencia: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, debe ser de urgencia. Se realiza en el quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 24 horas. El período de observación postoperatoria debe ser realizado en una unidad destinada a este fin, no en una cama de dotación. o en áreas de Unidades de Emergencia Hospitalaria. Una vez pasado el tiempo de recuperación anestésica, el paciente vuelve a su domicilio.
- Intervenciones Quirúrgicas Mayores No Ambulatorias Urgencia: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, debe ser de urgencia. Se realiza en el quirófano y la recuperación del paciente es realizado una cama hospitalaria de dotación.
- Procedencia de la solicitud: Refiere al lugar donde se realizó la indicación de la prestación.
- Atención cerrada: Corresponde a las áreas de un establecimiento hospitalario, en régimen continuado de atención (24 horas) y que deben contar con recursos organizados de infraestructura, equipamiento y personal necesario para su funcionamiento permanente.
- Atención abierta: Corresponde a las áreas de un establecimiento hospitalario de diagnóstico o terapéuticos, en modalidad ambulatoria, y que no requieren de hospitalización. Estos deberán formar parte de un establecimiento de salud o ser dependencia anexa a consultas de profesionales.
- Urgencia: Corresponde a las áreas de un establecimiento hospitalario destinadas a la entrega de una atención profesional en la cual el factor tiempo es decisivo para garantizar la eficacia de las medidas terapéuticas y para evitar complicaciones graves e incluso la muerte del paciente.
- Producción intrahospital en horario inhábil: Corresponde al número de actividades realizadas por el establecimiento, en particular para las intervenciones quirúrgicas, por cirujanos o anestesistas, fuera del horario normal, contratados bajo las siguientes modalidades: honorarios, convenios, consultores de llamada
- Operativos: Es una modalidad de atención de carácter masivo, dada en un tiempo acotado, que reúne a la población en un lugar definido para ser atendido por equipo médico que entrega prestaciones específicas. Eventualmente requiere complementarse con seguimientos posteriores por los dispositivos formales de atención de los establecimientos públicos. (no se incluye la producción total del establecimiento).
- Compras de servicios realizadas al sistema: Corresponde a las prestaciones que un establecimiento dado, compra a otro establecimiento perteneciente al SNSS, para ser otorgada a un beneficiario de su red.
- Compras realizadas al extrasistema: Corresponde a las prestaciones que un establecimiento dado, compra a otro establecimiento no perteneciente del SNSS, para ser otorgada a un beneficiario de su red.
- Ventas de servicios: Corresponde a prestaciones (exámenes o procedimientos) realizados por el establecimiento a otros servicios o centros de salud tanto públicos como privados.

Nuevas prestaciones incorporadas a la atención abierta:

Consulta Médica de Especialidad en Servicio de Urgencia: Corresponde a la atención médica de Urgencia, otorgada por un profesional Médico especialista.

Registro facturación intervenciones quirúrgicas: Cuando un **mismo equipo** y en un **mismo acto quirúrgico** practique dos o más intervenciones de distinto código, ya sea por la misma u otra incisión o por diferentes vías de acceso, deberán cobrar el 100% (principal) de aquella de mayor valor y el 50% (secundaria) la de segundo mayor valor.

En los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, por el mismo equipo, se facturará el 100% del valor arancelario de una intervención y el 50% de la otra, salvo que el arancel expresamente especifique un procedimiento diferente.

Cuando a un mismo paciente se le practiquen en un mismo acto quirúrgico en forma simultánea o sucesiva, dos o más operaciones, **por distintos equipos de cirujanos**, a través de esta, o diferentes incisiones, se facturarán el 100% del valor de las respectivas prestaciones efectuadas (ambas principales).

Intervenciones quirúrgicas al 75%, se utilizará cuando sea necesario retirar quirúrgicamente elementos de endoprótesis o de osteosíntesis interna, en la especialidad de traumatología.

En aquellos casos en que el retiro de elementos no dispone de un código específico para ese efecto y siempre que el arancel no establezca un procedimiento diferente, se cobrará el 75% del valor de la intervención, correspondiendo a la intervención quirúrgica principal.

Prestaciones atención cerrada:

Días cama hospitalización integral: Se define como la ocupación de una cama de dotación, por un paciente, en un establecimiento hospitalario y no necesariamente cumpliéndose la condición de pernoctar.

Definiciones operacionales:

En el caso que existan unidades que dependan técnica y administrativamente de las Direcciones de Servicio y realicen prestaciones en otros establecimientos, las actividades serán consignadas en el REM que corresponda del establecimiento en que se realizó la actividad.

Para la facturación de las prestaciones de Salud Mental, se debe tener en cuenta:

- En la Consulta o Control por Psicólogo Clínico, se debe incluir la Consulta de Psicólogo Clínico de Especialidad, la Consulta de Salud Mental por psicólogo, la Psicoterapia Individual y el Psicodiagnóstico.
- En la consulta Psiquiatra, se debe incluir la prestación Psicoterapia Individual.
- En la Psicoterapia Grupal, se debe incluir la Psicoterapia Familiar.

La actividad de Psiquiatría de Enlace está destinada a pacientes hospitalizados, por lo que no es facturable.

Para efecto de Visita Domiciliaria Enfermera, Matrona o Nutricionista, se deben incluir visitas realizadas por otros profesionales, incluyendo la Educadora de Párvulo, capacitada para realizar visita integral domiciliaria, con la excepción de la Asistente Social que tiene un código específico.

Prestaciones Atención Cerrada: Corresponde registrar la permanencia de un paciente hospitalizado ocupando una cama de dotación.

Regla de consistencia:

R.1: El total de días cama en hospitalización integral, debe ser igual al total de días cama ocupado, registrados en REM 20.

REM B17 PRESTACIONES INSTITUCIONALES Y ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Los datos consignados en este REM corresponden a la facturación de prestaciones institucionales y actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico, y a la producción de prestaciones institucionales, modalidad libre elección y las no aranceladas, En general, se generan automáticamente, a partir del REM B.

SECCIONES DEL REM-B.17

- **Sección A:** Atenciones Abiertas
- **Sección B:** Atención cerrada, días de hospitalización
- **Sección C:** Tratamiento abreviado TBC
- **Sección D:** Traslado, rescate y rondas rurales
- **Sección E:** Partos
- **Sección F:** Atención odontológica
- **Sección G:** Lentes, audífonos
- **Sección H:** Medicina transfusional
- **Sección I:** Exámenes de diagnóstico
- **Sección J:** Medicina nuclear y radioterapia
- **Sección K:** Hemodiálisis
- **Sección L:** Intervenciones quirúrgicas
- **Sección M:** Intervenciones quirúrgicas por tipo de intervención
- **Sección N:** Amputación por pie diabético
- **Sección O:** Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- **Sección P:** Misceláneos
- **Sección Q:** Actividades en Unidades de Farmacia Hospitalaria
- **Sección R:** Otros Traslados de Pacientes
- **Sección S:** Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS DE LAS SECCIONES DEL REM-B17

Definiciones conceptuales:

Todas las secciones incluidas en la parte I poseen similar estructura, se desagregan por Total Beneficiarios (suma de beneficiarios atendidos en MAI y MLE).

A diferencia de la parte I, las secciones contenidas en esta segunda parte, en su mayoría no poseen igual estructura, desagregándose en variables en dependencia de la producción a registrar.

Secciones con igual estructura de variables:

a) Exámenes de diagnóstico

b) Medicina nuclear y radioterapia

c) Hemodiálisis

Estructura de variables:

- Condición de previsión del beneficiario
- Procedencia de la solicitud: Atención cerrada, abierta o de emergencia).
- Compras de Servicio realizadas al Sistema: Corresponde al registro de exámenes o procedimientos que el Establecimiento compra a otro establecimiento público o prestaciones realizadas en horario inhábil.
- Compras de Servicio realizadas al Extrasistema: Corresponde al registro de exámenes o procedimientos que el establecimiento compra a establecimientos privados o de las fuerzas armadas. (no se incluye en la producción propia del establecimiento)
- Ventas de Servicios: Corresponde al registro de exámenes o procedimientos realizados por el establecimiento a otros servicios o centros de salud tanto públicos como privados. (no se incluye en la producción propia del establecimiento)

Definiciones operacionales:

Compras de Servicio realizadas al Sistema: El registro de estas actividades, deberán ser incluidas en las columnas de actividades a beneficiarios, pues son realizadas en las instalaciones del establecimiento, fuera del horario normal de los profesionales ejecutantes.

Compras de Servicio realizadas al Extrasistema**:** Estas actividades no se incluyen en las columnas de exámenes realizados, por no representar la producción propia del establecimiento.

Ventas de Servicios: Estas prestaciones sólo tienen carácter estadístico para la medición de producción total, por lo tanto, no deben ser incluida en la producción propia del establecimiento.

Secciones de exámenes o procedimientos

Definiciones conceptuales:

En estas secciones se describen diferentes tipos de Exámenes de Laboratorio, Imagenología, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Radioterapia, Partos, Abortos, Procedimientos de Ortopedia, de Hemodiálisis, de Diagnóstico, Terapéuticos y Misceláneos, que se registran según la caracterización de las variables descrita en el párrafo precedente de estructura general.

Secciones de intervenciones quirúrgicas

Definiciones conceptuales:

Intervención Quirúrgica Principal**:** Corresponde registrar la intervención quirúrgica que motivo el ingreso de una persona a quirófano.

Intervención Quirúrgica Secundaria: Corresponde registrar cuando en un mismo acto quirúrgico, se realizan otras intervenciones quirúrgicas.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores No ambulatorias Electivas: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor que por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente, su realización puede ser diferida en el tiempo, no es de riesgo vital y con lleva la pernoctación en cama de dotación.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores Ambulatorias Electiva: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, puede ser electiva. Se realiza en el quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 24 horas, por lo tanto, no utiliza una cama de dotación.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores Ambulatorias Urgencia: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, debe ser de urgencia, y la recuperación del paciente es menor a 24 horas, por lo tanto no utiliza una cama de dotación.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores No Ambulatorias Urgencia: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, debe ser de urgencia. Se realiza en el quirófano y la recuperación del paciente es realizado en una cama hospitalaria de dotación por más de 24 horas.

Cirugía Menor: Corresponde a una intervención quirúrgica diagnóstica y/o terapéutica de baja complejidad y riesgo vital, con escasas complicaciones.

Procedimientos clínicos: Corresponde a prestaciones de salud, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos y/o terapéuticos, que implican el uso de equipamiento, instrumental, instalaciones y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.

Amputación por pie diabético: Se refiere a la Intervención Quirúrgica de Amputación, en las extremidades inferiores de un paciente, con diagnóstico de Diabetes Mellitus, con complicaciones circulatorias periféricas (pie diabético), de acuerdo con los siguientes niveles de amputación:

- **Ortejos:** Se refiere a la amputación de uno o más ortejos, y a nivel de metatarsos
- **Pie completo:** Ésta se refiere a la amputación infra o supracondílea.

LAS DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LAS OTRAS VARIABLES INCLUIDAS EN ESTA SECCIÓN YA FUERON DEFINIDAS ANTERIORMENTE.

Definiciones operacionales:

En estas secciones corresponde registrar las intervenciones quirúrgicas de acuerdo con sus diferentes clasificaciones, detalladas en las definiciones conceptuales.

Para las intervenciones quirúrgicas se requiere el registro de la modalidad de atención del paciente (MAI/MLE), y si no es beneficiario del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Cirugías Menores, se registra el total de cirugías menores realizadas por el establecimiento en el mes del informe, según tipo de intervención, debiendo considerar para el registro en forma general, aquellas cuyo código adicional sea menor a 5.

En Compras realizadas al sistema, se registran las intervenciones quirúrgicas realizadas por médicos contratados en modalidad honorarios o por la modalidad de médicos de llamada. Las actividades deberán ser incluidas en las columnas de actividades a beneficiarios, pues son realizadas en las instalaciones del establecimiento, fuera del horario normal de los profesionales ejecutantes.

Las definiciones en la modalidad de Compra de Servicios al extrasistema y venta de servicios son las mismas descritas para Exámenes o procedimientos.

En las intervenciones quirúrgicas por tipo de intervención, el registro de acuerdo al tipo de intervención para los < de 15 años y 15 años y más será de llenado automático desde el REM B.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección Q: Actividades en Unidad de Farmacia Hospitalaria.

Definiciones conceptuales:

Actividades en unidad de farmacia hospitalaria: Corresponde a las actividades que se realizan en los establecimientos del nivel hospitalario, que cuenten con farmacia a cargo de un químico farmacéutico, en la cual se elaboran los preparados farmacéuticos y la preparación de dosis unitaria.

Preparado Farmacéutico: Producto farmacéutico que es elaborado en una farmacia que obedece a una prescripción médica.

Preparado Farmacéutico Estéril**:** Corresponde a preparados que deben elaborarse bajo condiciones que eviten su contaminación (esterilización, área contaminación controlada).

Preparado Farmacéutico No Estéril: Preparado que se ejecuta en una farmacia en condiciones habituales del área de preparaciones/producción, Por ejemplo.: Antisépticos, Desinfectantes y sus diluciones; readecuación de formas farmacéuticas; preparados de uso dérmico, etc.

Dosis Unitaria Preparada: Envase de un medicamento que contiene sólo la cantidad necesaria para una administración.

Definiciones operacionales:

Esta sección no requiere definiciones operacionales.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección R: Otros traslados de pacientes.

Definiciones conceptuales:

Traslado no de Urgencia: Es aquel traslado de pacientes que no requiere una atención de urgencia, ya sea urbano o rural según definiciones de la Red Asistencial. Este traslado puede ser por Ambulancia, Marítimo y Aéreo.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de pacientes trasladados no de Urgencia, según tipo de transporte, que puede ser Ambulancia, Marítimo y Aéreo.

Si este traslado es realizado por un oferente externo del sistema, mediante la compra de servicio, se debe especificar en la columna compra de servicios el número de traslados en esta condición.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección S: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Definiciones conceptuales:

En esta sección corresponde registrar todas aquellas interrupciones voluntarias del embarazo, cuyo procedimiento clínico consiste en poner término a la gestación de forma anticipada, frente a la presencia de alguna de las 3 causales establecidas en la ley N° 21.030 y con el consentimiento de la mujer gestante.

Causales de interrupción voluntaria del embarazo:

Causal N° 1: La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evita un peligro para su vida. El Riesgo vital puede ser inminente o no inminente.

Causal N° 2: El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.

Causal N° 3: Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce (12+0) semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años (13 años, 11 meses y 30 días), la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce (14+0) semanas de gestación.

Se define como aborto a la interrupción del embarazo ocurrida antes de la semana 22 de gestación (21 semanas, 6 días)

Definiciones operacionales:

Tiene como finalidad registrar el número de interrupciones voluntarias del embarazo, atendidas en el establecimiento, por alguna de sus tres causales, ya definidas en las definiciones conceptuales y desagregada por grupos etarios < de 14 años y 14 años y más.

Para las causales de interrupción voluntaria del embarazo se requiere el registro diferenciado, en aquellos pacientes que son beneficiarios FONASA, en la modalidad institucional (MAI).

En las columnas, compras realizadas al sistema, corresponde al registro de las interrupciones voluntarias del embarazo, que el establecimiento debe comprar a otro establecimiento del SNSS.

En las compras de servicios al extrasistema corresponde al registro de las interrupciones voluntarias del embarazo, que el establecimiento deba comprar a establecimientos externos que no pertenecen al SNSS.

Ambos tipos de compras desagregadas por grupos etarios < de 14 años y 14 años y más. Para el registro de la interrupción voluntaria, se han dispuesto las siguientes prestaciones:

<u>Hospitalización:</u>

- Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) (Hospital Alta Complejidad)
- Día cama hospitalización integral medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y especialidades (sala 3 camas o más) (Hospital Mediana Complejidad)
- Día cama hospitalización integral adulto en Unidad de Cuidado Intensivo (U.C.I.)
- Día cama hospitalización integral adulto en Unidad de Tratamiento Intermedio (U.T.I)

- Día cama integral de observación o día cama integral ambulatorio diurno

Exámenes de laboratorio:

- Cariograma en fibroblastos por cultivo de trofoblasto, líquido amniótico, piel u otros bandeos G y eventualmente Q, R, C, NOR
- FISH Cromosomas X e Y
- Diagnóstico Genético Molecular: Displasia Tanatofórica tipo I y II

Exámenes radiológicos simples:

- Radiografía de tórax frontal y lateral
- Radiografía de pelvis, cadera o coxofemoral
- Radiografía de brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie (frontal y lateral)

Imágenes:

- Resonancia Magnética Fetal
- Ecografía obstétrica
- Ecografía Doppler de vasos placentarios

Consultas Médicas y por otros profesionales:

- Consulta Médica de Especialidad en Obstetricia y Ginecología
- Evaluación psiquiátrica previa a terapia (1ra. consulta)
- Consulta Psicólogo clínico (sesiones 45')
- Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista
- Educación de grupo por asistente social
- Consulta por asistente social
- Atención psiquiátrica o psicoterapia de familia, individual, de relajación o de manejo (con familia u otros) ;(cada sesión mínima 45')
- Psicoterapia de grupo (por psicólogo o psiquiatra) (4 a 8 pacientes)

Procedimientos:

- Amniocentesis
- Biopsia corial
- Cordocentesis
- Aspiración manual endouterina
- Raspado uterino diagnóstico o terapéutico por metrorragia o por restos de aborto
- Tratamiento Farmacológico Ley IVE (incluye Consulta especialidad en Obstetricia y Ginecología y fármacos)

Cirugías obstétricas y partos:

- Parto normal
- Parto distócico vaginal
- Parto presentación cefálica o podálica, c/s episiotomía, c/s sutura, c/s fórceps, c/s inducción, c/s versión interna, c/s revisión, c/s extracción manual de placenta, c/s monitorización. (Único o Múltiple)
- Cesárea

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

REM BM18-ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Este REM es de uso de establecimientos municipales, entidades públicas o privadas con las cuales los Servicios de Salud o FONASA, hayan celebrado un convenio, que establece que el financiamiento es a través de Percapita y/o Programa de Reforzamiento de Atención Primaria de Salud.

En él se incluye el detalle de todas las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que se realizan en establecimientos de atención primaria municipal y son de llenado automático desde el REM BM 18A.

SECCIONES DEL REM-BM18

- **Sección A:** Exámenes de diagnóstico.
- **Sección B:** Procedimientos de apoyo clínico y terapéutico.
- **Sección C:** Intervenciones quirúrgicas menores.
- **Sección D:** Intervenciones quirúrgicas menores, por edad.
- **Sección E**: Misceláneos.
- **Sección F:** Prescripciones administradas en urgencia.
- **Sección G:** Otras atenciones a pacientes ambulatorios.
- **Sección H**: Otros traslados de pacientes.
- **Sección I:** Exámenes pesquisa COVID-19.
- **Sección J:** Exámenes test rápidos COVID-19.

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM BM18

Secciones con igual estructura de variables: Sección A, B, C, D y E

Secciones A, B y C: Exámenes de diagnóstico, procedimientos de apoyo clínico y terapéutico e intervenciones quirúrgicas menores.

Definiciones operacionales:

Exámenes o Procedimientos: En estas secciones se describen diferentes tipos de Exámenes y Procedimientos, y es realizado en la modalidad de SAPU, SAR, SUR y Resto de establecimientos APS.

Total: Corresponde al total de exámenes o procedimientos efectuados en el mes del informe, tanto a beneficiarios como no beneficiarios de la ley 18.469, en el nivel primario de salud

SAPU/SAR/SUR**:** Consigna el número de exámenes o procedimientos efectuados en establecimientos, en el mes del informe, a beneficiarios y no beneficiarios de la ley18.469, en el nivel de atención primario de urgencia.

Resto de Establecimientos de APS**:** Corresponde el registro de las actividades realizadas en todos los demás Establecimientos, excluyendo SAPU, SAR, SUR.

Intervención Quirúrgica Menor, incluye el registro de una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas.

En estas secciones se detallan las Intervenciones Quirúrgicos menores realizadas en establecimientos SAPU, SAR, SUR y Resto establecimientos APS.

Regla de consistencia:

R.1: Total Ecografías Obstétricas por profesional considera la sumatoria de las ecografías del primer, segundo y tercer trimestre realizadas por cada profesional (Médico/a y Matrón/a)

R.2: Total Ecografías Ginecológicas por profesional considera la sumatoria del total de ecografías de seguimiento DIU (Regulación de la Fertilidad) y Ecografías Transvaginales (control de Climaterio y Ginecológico) realizadas por cada profesional (Médico/a y Matrón/a).

R.3: En caso de que se realicen ecografías en diferentes semanas de gestación a las mencionadas en la tabla del REM BM18, estas deben ser incluidas en el total general que se incluye en el REM BM18A fila 463.

Sección D: Intervenciones quirúrgicas menores por edad.

Definiciones operacionales:

En esta sección el registro contempla las intervenciones quirúrgicas realizadas en el nivel de atención SAPU /SAR/SUR y Resto establecimientos APS, según Grupos de Edad, < de 15 años y > 15 años.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección E: Misceláneos

Definiciones operacionales:

En esta sección se describen diferentes tipos de prestaciones comprende Curación simple ambulatoria, auto cuidado de pacientes DID, oxigenoterapia domiciliaria y procedimientos de podología:

Los misceláneos incluyen:

- Procedimientos de Podología**:** Corresponde a una prestación de salud, realizada por podólogo que incluye por sesión todas las actividades destinadas a la prevención y tratamiento de las complicaciones de pie diabético u otros.
- Curación simple ambulatoria: Ejecutada por personal técnico o profesional de enfermería. Consiste en el lavado de la lesión para disminuir carga bacteriana con solución fisiológica y aplicar un apósito pasivo. Su frecuencia de cambio es diaria o cada 48 horas. Promueve ambiente seco de la herida.
- Curación avanzada UV: También llamada no tradicional o húmeda. Ejecutada por profesional de enfermería. Consiste en lavar la piel y la lesión con la finalidad de controlar carga bacteriana, aplicar un apósito interactivo, bioactivo o mixto, cuya frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión y del apósito primario elegido. Promueve ambiente húmedo en la lesión en esta clasificación se encuentran, ulceras/lesión por presión por presión, quemaduras AB-B, heridas de mayor o igual a 10 cms.
- Curación compleja: Ejecutada por profesional de enfermería o personal técnico. Consiste en lavar la piel y la lesión con la finalidad de controlar carga bacteriana, aplicar un apósito interactivo, bioactivo o mixto, cuya frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión y del apósito primario elegido. Promueve ambiente húmedo en la lesión en esta clasificación se encuentran, ulceras/lesión por presión por presión, quemaduras AB-B, heridas de mayor o igual a 10 cms.
- Autocontrol personas con diabetes insulino dependiente (D.I.D mensual): Se debe registrar a las personas que se les entrega un monitor de glicemias capilares para ajuste de tratamiento con insulina.

- Oxigenoterapia en Domicilio: Es la administración de oxígeno en el domicilio a pacientes estables en situación de insuficiencia respiratoria crónica. La aplicación de gran parte de estos tratamientos se desarrolla en el medio hospitalario, pero en ocasiones, puede efectuarse en el propio domicilio del paciente, siempre y cuando tengan las condiciones clínicas y domiciliarias necesarias.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección F: Prescripciones administradas en urgencia APS.

Definiciones operacionales:

Corresponde el(los) medicamento(s) que se administra(n) al paciente en la atención de SAPU/SAR/SUR o Atención Ambulatoria en Servicio de Urgencia, prescrito(s) previamente por el profesional facultado en el registro de "Dato Atención de Urgencia".

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección G: Otras atenciones a pacientes ambulatorios.

Definiciones operacionales:

Atención por Terapeuta Ocupacional: Corresponde a la prestación de salud que incluye por sesión los procedimientos terapéuticos que realiza el (la) Profesional Terapeuta Ocupacional a un paciente, con prescripción médica de dicho tratamiento.

Atención por Kinesiólogo (No SAPU): Corresponde a la realización de procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación o Kinesioterapia realizados, por prescripción médica, por el (la) profesional Kinesiólogo(a) a un paciente.

Atención por Educadora de Párvulo/Diferencial: Corresponde a procedimientos de estimulación a niños(as) diagnosticados con rezago, riesgo y retraso en su desarrollo psicomotor, los que consideran como por ejemplo, aplicación de instrumentos de evaluación de DSM, reuniones de planificación, entrevista diagnostica, sesiones individuales con los padres y/o cuidadores, sesiones individuales con niñas y niños, visitas domiciliarias integrales, talleres para padres y/o cuidadores, entre otras.

Corresponde registrar el número de sesiones de los procedimientos que realiza el Terapeuta Ocupacional, el Kinesiólogo y la Educadora de Párvulos a pacientes ambulatorios, según grupos de edad. Los procedimientos realizados por kinesiólogo(a) en Salas IRA-ERA o Mixta deben ser registrados en REM-A.23.

Los procedimientos realizados por kinesiólogo(a) en Salas de Rehabilitación o espacios físicos habilitados para Rehabilitación según Programa, deben ser registrados en REM A28.

En el caso de Postas de Salud Rural, en las que se ha contratado Educadoras de Párvulos, y realizan ingreso a Salas de Estimulación, deberán ser registradas en sección F del REM A05.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección H: Otros traslados de pacientes

Definiciones operacionales:

Es aquel traslado de pacientes NO de Urgencia, ya sea urbano o rural según definiciones de la Red Asistencial. Este traslado puede ser por vía terrestre (ambulancia), aérea o marítima.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere regla de consistencia.

Sección I: Exámenes pesquisa Covid-19

Definiciones conceptuales y operacionales

El PCR detecta la presencia del virus en la muestra y por lo tanto sirve para hacer diagnóstico en el momento del inicio de los síntomas.

Corresponde registrar en esta sección a los centros que procesan las muestras, no se registra la toma de muestra.

Reglas de consistencia:

Esta sección no requiere reglas de consistencia.

Sección J: Exámenes test rápidos Covid-19

Definiciones conceptuales y operacionales

Es un examen que se utiliza para determinar la presencia de anticuerpos (IgM e IgG), los cuales aparecen después que un paciente haya sido infectado con SARS CoV-2. La presencia de estos anticuerpos indica que el paciente tuvo contacto con el virus, pero se desconoce el nivel de efectividad y duración de la protección que entregan estos anticuerpos.

La diferencia con el examen PCR, es que este detecta la presencia del virus. El Test Rápido detecta si el paciente desarrolló anticuerpos contra el virus.

Corresponde registrar la toma de test rápidos de acuerdo de acuerdo al listado informado por el Instituto de Salud Pública (ISP).

Se registra por grupos etarios, informados positivos y negativos.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere reglas de consistencia.

BM-18ª: LIBRO PRESTACIONES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Este REM es para uso exclusivo de los establecimientos que integran el sistema nacional de servicios de salud, sean dependientes del MINSAL o entidades públicas o privadas con las cuales los servicios de salud o el FONASA hayan celebrado convenio que establezca que el financiamiento es por prestaciones otorgadas.

Este REM incluye el detalle de todas las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que se realizan en establecimientos de atención primaria municipal y constituyen la base para el REM- B18.

Los exámenes que se realizan en establecimientos municipales, registrados en la Serie A, "Exámenes de Pesquisa de Enfermedades Transmisibles", se deben detallar en REM BM 18A, con fines estadísticos, en la modalidad de SAPU/SAR/SUR, y Resto de establecimientos APS aquellos exámenes procesados en laboratorios del establecimiento, o compra de servicio, para los exámenes procesados en establecimientos del Intra o Extrasistema, según corresponda.

Incluye: Cada una de las actividades descritas en este REM, se clasifican según sean realizadas en Establecimientos SAPU/SAR/SUR y Resto de establecimientos APS.

SECCIONES DEL REM-BM 18A

- **Sección A:** Exámenes de diagnóstico y exámenes de imagenología.
- **Sección B:** Procedimientos de apoyo clínico y terapéutico.
- **Sección C:** Intervenciones quirúrgicas menores.
- **Sección D:** Misceláneos.
- **Sección E:** Otros exámenes y procedimientos de apoyo clínico y terapéutico (sin código en arancel).

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM BM 18A

Sección A: Exámenes de diagnóstico y de imagenología

Definiciones operacionales:

Total: Presenta el total de exámenes o procedimientos efectuados en el mes del informe, tanto a beneficiarios como no beneficiarios de la ley 18.469, en el nivel de atención SAPU/SAR/SUR y No SAPU/NO SUR.

Total SAPU/SAR/SUR: Consigna el número de exámenes o procedimientos efectuados en establecimientos, en el mes del informe, a beneficiarios y no beneficiarios de la ley18.469, en el nivel de atención primario de urgencia.

Total resto establecimientos APS: Corresponde el registro de las actividades realizadas en los Establecimientos mencionados al total de beneficiarios y no beneficiarios.

Compra de Servicios: Corresponde el registro de todas aquellas actividades realizadas a través de Compra de Servicios tanto a establecimientos del Sistema como a Centros no pertenecientes al SNSS. Debe incluir el registro de todas las actividades que no están incluidas como producción del establecimiento.

Sección B: Procedimientos Apoyo Clínico y Terapéutico

Cardiología:

Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial: Toma de PA que se realiza en los centros de APS, en distintos días, habitualmente 3, lo que se conoce coloquialmente como pesquisa, MAPA, etc. (en otros centros puede tener otros nombres).

Monitoreo continuo de presión arterial: Toma de PA de manera continua, en que la persona tiene un monitor por 24 hrs. que registra la presión arterial cada 30 min. (HOLTER de PA).

Generales

En las secciones B, C, D y E, además de registrar en los SAPU/SAR/SUR y resto de establecimientos APS, se debe registrar por funcionario, es decir médico u otro.

Existen dos prestaciones que se realizarán en los SAR y que no poseen codificación FONASA. Estos exámenes serán realizados con Point of Care por sus siglas en inglés (POC), se refiere a un método de pruebas médicas donde se capturan los datos y se interpretan los resultados poco tiempo después por el profesional sanitario que administra la prueba.

Cartridge para Troponina: Determinación de Enzimas Cardiacas: Troponina en sangre Cartridge Múltiple: Determinación Hematocritos, Hemoglobina, ELG, Creatinina en sangre 18.

En la sección F se debe registrar por beneficiario y no beneficiario, por tipo de establecimiento que incluye otros APS y centro de especialidad APS, así como también por Compras al Servicio tanto del sistema como extrasistema.

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS SERIE A -BM-BS (POR ORDEN ALFABÉTICO)

Compra De Servicios: Corresponde a todas aquellas actividades realizadas a través de Compra de Servicios tanto a establecimientos del Sistema como a Centros no pertenecientes al SNSS.

Determinantes Sociales: Son las acciones realizadas por determinados grupos sociales, como Donación Altruista o Repetida de Sangre y el Programa Chile Crece Contigo.

Donante: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud o servicio de sangre con atención de donantes, a donar sangre. Se pueden separar entre:

Altruista Nuevo: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.

Altruista Repetido: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.

Determinantes Sociales: Son las acciones realizadas por determinados grupos sociales, como Donación Altruista o Repetida de Sangre y el Programa Chile Crece Contigo.

Donante: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud o servicio de sangre con atención de donantes, a donar sangre. Se pueden separar entre:

- Altruista Nuevo: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.
- Altruista Repetido: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.

Egresos: Corresponde al total de personas que dejan de controlarse en algún programa específico de salud, ya sea por alta, fallecimiento o abandono de programa.

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

EMP: Examen Medicina Preventiva

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

Facilitador Intercultural: El facilitador intercultural surge a partir de la detección de necesidades de comunicación entre el usuario del sistema, que declara pertenecer a algún pueblo indígena de Chile y el equipo de salud, específicamente, en la relación médico-paciente y los requerimientos derivados del proceso de atención en el sistema de salud pública. El Facilitador/a debe ser hablante del pueblo originario al que pertenece, ser conocedor del sistema de salud indígena del pueblo que representa, mantener vínculo con su comunidad de origen, nivel de escolaridad completa para

ingresar al servicio público y liderazgos para orientar procesos en la mejoría del acceso a la atención de salud en la red asistencial.

Grupos de Pesquisa: Se refiere a los grupos objetivos en los cuales se realiza pesquisa o detección según normativa vigente y son definidos por el Programa.

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

Ingresos: Corresponde al número de personas que ingresan por primera vez a programas de salud (incidencia), que tiene por finalidad dar protección y promoción de una vida saludable a la población, y por otra parte a programas de control y seguimiento de pacientes con alguna enfermedad o problema de salud.

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

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

Traslados: Se refieren a las personas que se movilizan de un establecimiento a otro de la red, del mismo Servicio de Salud u otro, para continuar con su tratamiento. Generalmente, se produce por cambio de domicilio. En el caso de los establecimientos que reciben personas trasladadas no se deberá contabilizar para efectos de este REM el ingreso al establecimiento, ya que la persona trasladada no constituye un nuevo ingreso al Programa. De la misma manera, el establecimiento que traslada a la persona no debe contabilizar para efectos de este REM, el egreso del establecimiento, ya que la persona no ha dejado el programa, sólo cambia lugar de atención.

UAPO: Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. Las UAPO, ubicadas de preferencia en establecimientos de la atención primaria, mejoran la capacidad resolutiva de la Red Asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y Resolutividad con la calidad técnica potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, pertinencia diagnóstica y de derivación, enmarcada en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

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

VIF: Violencia Intra Familiar

SERIE D
REM 2023

REM D-15 PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)

El PNAC es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen, de acuerdo con los criterios que se establecen para cada subprograma, alimentos destinados a la población infantil menor a 6 años, gestantes, personas que amamantan y personas con diagnóstico de algún error innato del metabolismo que requiera tratamiento nutricional.

La entrega de productos a la población beneficiaria está orientada a ser ejecutada en los establecimientos de nivel primario de la red de atención asistencial, sin embargo, considerando las particularidades de cada localidad, se han incorporado distribuciones en niveles secundarios de atención de salud. Además, se consideran las instituciones en convenio de acuerdo con las necesidades específicas de algunos subprogramas.

Los beneficiarios/as de este programa pueden ser clasificados de dos maneras:

- Intrasistema: Corresponde a beneficiarios/as FONASA que estén inscritos en alguno de los establecimientos de Atención Primaria de Salud de la Red de Salud Pública de Chile.
- Extrasistema: Corresponde a las personas afiliadas a alguna Institución de Salud Previsional (ISAPRE), a algún sistema de salud de las fuerzas armadas, seguridad y de orden (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Carabineros, Gendarmería y Policía de Investigaciones) o que siendo beneficiarios/as del FONASA, se atiendan por Modalidad Libre Elección.

En los últimos años una serie de estudios y evaluaciones han constatado la existencia de problemas, tanto en el retiro, consumo y aceptabilidad de los productos, así como en la gestión del programa. Esto ha sentado la necesidad de reformular este programa, a la luz de los cambios demográficos, epidemiológicos y nutricionales sucedidos en la población objetivo del PNAC. Algunas de estas modificaciones se relacionan con aspectos que se deberán consignar en este REM.

SECCIONES DEL REM-D15

- **Sección A:** PNAC- Cantidad distribuida (kg) a personas intrasistema.
- **Sección B:** PNAC- Número de personas intrasistema que retiran.
- **Sección C:** PNAC-Cantidad distribuida (kg) a personas extrasistema (incluye Modalidad Libre Elección).
- **Sección D:** PNAC- Número de personas extrasistema que retiran.
- **Sección E:** Existencia y movimiento total de productos (Intrasistema y Extrasistema).

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM D15

Sección A: Cantidad distribuida (Kg) a personas intrasistema

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la cantidad de productos entregados a los/las beneficiarios/as Intrasistema del PNAC para los subprogramas Básico, Refuerzo, Prematuros y Alergia a la Proteína de la Leche de vaca.

Subprogramas y productos: Corresponde a la categorización que se realiza desde el ámbito del estado nutricional del beneficiario/as, o del tipo de patología, según sea el caso. Esta clasificación se vincula al grupo etario o condición fisiológica (embarazo y lactancia), con lo que se determina el tipo de producto, la cantidad y la frecuencia en que se entrega el producto.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar en la celda, según corresponda, la cantidad de producto distribuido en kilogramos (kg) durante el mes, de acuerdo con los esquemas de distribución especificados en la Norma Técnica de los Programas Alimentarios (PP.AA.) vigente, protocolos de gestión administrativa de cada subprograma y otros documentos que regulan el funcionamiento de los PP.AA.

Se permitirá el registro de decimales de acuerdo al formato de presentación del producto, según la siguiente indicación:

- Bolsa de 500 gramos: Se podrá registrar como máximo un decimal múltiplo de 0.5, según el producto que corresponda.
- Tarros: Se podrá registrar como máximo tres decimales, según el producto que corresponda.

En el caso de los productos con formato de presentación de bolsa de 1 kilogramo, no deberá registrar decimales.

Las celdas de color anaranjado en las filas de Leche Purita Fortificada y Purita + Pro1 deben usarse, exclusivamente, para registrar la entrega de este producto para los casos confirmados de enfermedad celíaca, según lo establecido en la Guía Clínica MINSAL.

Se debe tener en consideración que las personas que amamantan a hijo/a menor a doce meses son beneficiarias en sí mismas, por lo tanto, perteneciendo al Subprograma Básico o Refuerzo, independiente del subprograma al que pertenezca su hijo/a. En este sentido, en las celdas de las columnas "Persona que amamanta a hijo/a menor a 12 meses" debe ser registrada sólo las cantidades de Purita Mamá.

Para el registro de personas que amamanta a hijo/a de "6 a 11 meses lactancia materna", se deben considerar a todas las personas que en este rango de edad mantengan algún tipo de lactancia materna (complementada con alimentación complementaria o con alguna fórmula láctea y alimentación complementaria)

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere reglas de consistencia

Sección B: PNAC- Número de personas intrasistema que retiran

Definiciones conceptuales:

Corresponde al número de beneficiarios/as intrasistema que han retirado productos en el mes, según grupo programático y subprograma que debe estar en concordancia con las cantidades de producto registrados en la sección A.

De este total de personas que retiran alimentos, se debe registrar, en caso que corresponda, el número de personas que retiran alimentos y que pertenecen a algún otro programa social.

Grupos Programáticos:

Menores a 6 años: Cada menor a seis años, de acuerdo con su estado nutricional o condición de salud, puede pertenecer a un subprograma (Básico, Refuerzo, Prematuros o Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca).

Gestantes: Las gestantes, de acuerdo con su estado nutricional, pueden pertenecer excluyentemente al subprograma Básico o al Refuerzo.

Persona que amamanta a hijo/a menor a doce meses: La persona que amamanta a hijo/a menor a doce meses pertenece al subprograma Básico o Refuerzo, de acuerdo con el estado nutricional con el que terminó su embarazo y la condición de lactancia en la que se encuentre. La madre es una beneficiaria en sí misma, por lo tanto, el subprograma al que pertenece es independiente del que pertenece su hijo/a.

Definiciones operacionales:

Menores a 6 años: Se debe registrar el total de menores que retiran productos en el mes, para cada uno de los cuatro subprogramas, de acuerdo con los esquemas de distribución especificados en la Norma Técnica de los Programas Alimentarios vigente, protocolos de gestión administrativa de cada subprograma y otros documentos que regulan el funcionamiento de los PP.AA.

Se debe registrar, además, el número de menores que pertenecen a algún programa social, habiéndolos incorporado previamente en cada uno de los subprogramas respectivos.

Gestantes: Se debe registrar el total de gestantes que retiran productos en el mes, para los subprogramas Básico y Refuerzo, de acuerdo con los esquemas de distribución especificados en la Norma Técnica de los Programas Alimentarios vigente, protocolos de gestión administrativa de cada subprograma y otros documentos que regulan el funcionamiento de los PP.AA.

Se debe registrar, además, el número de gestantes que pertenecen a algún Programa Social, habiéndolas incorporado previamente en cada uno de los subprogramas respectivos

Persona que amamanta a hijo/a menor a 12 meses: Se debe registrar el total de personas que amamantan a hijos/as menores a doce meses que retiran productos en el mes, para los subprogramas Básico y Refuerzo, de acuerdo a los esquemas de distribución especificados en la Norma Técnica de los Programas Alimentarios vigente, protocolos de gestión administrativa de cada subprograma y otros documentos que regulan el funcionamiento de los PP.AA.

Se debe registrar, además, el número de mujeres que pertenecen a algún programa social, habiéndolas incorporados previamente en cada uno de los subprogramas respectivos.

Para el registro de personas que amamanta a hijo/a de "6 a 11 meses lactancia materna", se debe considerar a todas las personas que en este rango de edad mantengan algún tipo de lactancia materna (complementada con alimentación complementaria o con alguna fórmula láctea y alimentación complementaria).

Regla de consistencia:

R.1: Verificar que la sección B, sea consistente con la sección A teniendo presente los esquemas de distribución establecido para cada grupo programático según subprograma definidos en la Norma Técnica de los Programas Alimentarios (PP.AA.), protocolos de gestión administrativa de cada subprograma y otros documentos que regulan el funcionamiento de los PP.AA. De esta forma, cada beneficiario/as recibe mensualmente una cantidad de productos preestablecida, por lo tanto multiplicando este valor por el número de beneficiarios/as se debe obtener la cantidad total de productos entregados

R.2: Para el caso del Subprograma Básico y Refuerzo menores a doce meses (cuyo producto es fórmula de inicio), el esquema de distribución no es fijo, por lo que el valor del número de beneficiarios/as será independiente de la cantidad de productos distribuidos, sin embargo, este valor no puede superar los 4,0 kg distribuidos mensualmente por beneficiario/as, dependiendo de la edad y condición de lactancia.

R.3: Para el caso del subprograma Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca, el esquema de distribución no es fijo, por lo que el valor del número de beneficiarios/as será independiente de la cantidad de productos distribuidos, sin embargo, este valor no puede superar los 4,5 kg distribuidos mensualmente por beneficiario/as.

R.4: El número de total de beneficiarios/as que pertenecen a programas sociales no deben ser mayor a la sumatoria de los beneficiarios/as de cada subprograma.

Sección C: Cantidad distribuida (Kg) a personas extrasistema.

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la cantidad de productos entregados en el mes a los beneficiarios extrasistema del PNAC para los subprogramas Básico, Refuerzo, Prematuros y Alergia a la Proteína de la leche de vaca.

Definiciones operacionales:

Corresponden a las establecidas en la sección A.

Regla de consistencia:

Esta sección no requiere reglas de consistencia

Sección D: Número de personas extrasistema que retiran

Definiciones conceptuales:

Corresponde al número de personas extrasistema que han retirado productos en el mes, según grupo programático y subprograma y que debe estar en concordancia con las cantidades de producto registradas en la sección C.

La descripción de los grupos programáticos es la establecida en la sección B.

Definiciones operacionales:

Corresponden a las establecidas en la sección B.

Regla de consistencia:

R.1: Verificar que la sección D sea consistente con la sección C, teniendo presente que según Norma Técnica existe un esquema de distribución establecido para cada grupo programático y subprograma. De esta forma, cada beneficiario recibe mensualmente una cantidad de productos preestablecida, por lo tanto, multiplicando este valor por el número de beneficiarios se debe obtener la cantidad total de productos entregados.

R.2: A medida que se incorpore la población extrasistema al proyecto de fortalecimiento de la lactancia materna y del PNAC y para el caso de los subprogramas básico y refuerzo menores a doce meses (cuyo producto es fórmula de inicio), el esquema de distribución no es fijo, por lo que el valor del número de beneficiarios/as será independiente de la cantidad de productos distribuidos, sin embargo, este valor no puede superar los 4,0 kg distribuidos mensualmente por beneficiario/as, dependiendo de la edad y condición de lactancia.

R.3: Para el caso del subprograma Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca, el esquema de distribución no es fijo, por lo que el valor del número de beneficiarios/as será independiente de la cantidad de productos distribuidos, sin embargo, este valor no puede superar los 4,5 kg distribuidos mensualmente por beneficiario/as.

R.4: El número de total de beneficiarios/as que pertenecen a programas sociales no deben ser mayor a la sumatoria de los beneficiarios/as de cada subprograma.

Sección E: Existencia y movimiento total de productos

Definiciones conceptuales:

Esta sección permite relacionar el movimiento de productos que ingresan y egresan durante el mes, con el fin de mantener un adecuado control de existencias y proyectar el requerimiento de abastecimiento mensual del establecimiento.

Definiciones operacionales

Para cada producto, se debe registrar:

Saldo del mes anterior: Corresponde al total de existencias que quedó en bodega al finalizar el mes anterior, para cada producto de los Subprogramas Básico, Refuerzo, Prematuros y Alergia a la Proteína de Leche de Vaca del PNAC, según corresponda. Para todos los productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).

Ingresos: De acuerdo con diferentes orígenes:

Proveedor/Operador Logístico: Para cada producto se debe registrar la cantidad total que se recibió durante el mes desde el proveedor o por el Operador Logístico contratado por CENABAST, ya sea por programación o reposición. Para todos los productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).

Por traspaso: Para cada producto se debe registrar la cantidad total que se recibió durante el mes desde otros establecimientos. Para todos los productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).

Total disponible: Corresponde a la sumatoria del "Saldo del mes anterior" y los "Ingresos" (de planta y por traspaso).

Egresos: Corresponde a la cantidad total por producto (en kilogramos) que se distribuyó en el mes a los beneficiarios/as del PNAC, según su clasificación:

Distribuido a la población beneficiaria intrasistema: Corresponde a la cantidad total por producto que se distribuyó en el mes a los beneficiarios/as intrasistema del PNAC. Para todos los productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).

Distribuido a la población beneficiaria extrasistema: Corresponde a la cantidad total por producto que se distribuyó en el mes a los beneficiarios/as extrasistema del PNAC. Para todos los productos, este registro debe ser en kilogramos (kg).

Distribuido a población beneficiaria total: Corresponde a la cantidad total por producto que se distribuyó en el mes al total de beneficiarios/as del PNAC (sumatoria de intrasistema y extrasistema).

Mermas (incluye faltantes): Corresponde a la cantidad de productos (en kilogramos) que están mermados., de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica de Programas Alimentarios.

Otros: Corresponde a la cantidad de productos (en kilogramos) que se hayan egresado para demostraciones, donaciones (en caso de catástrofe previa autorización de nivel central y referentes de seremi) u otras razones muy bien justificadas

Traspasos: Corresponde a la cantidad de productos (en kilogramos), que el establecimiento traspasó a otro establecimiento. Deben estar respaldados con la correspondiente documentación.

Total egresos: Corresponde a la cantidad total de egresos en el mes (en kilogramos), por cada producto (sumatoria de todos los egresos antes descritos).

Saldo del mes siguiente: Corresponde a la diferencia entre la cantidad total disponible y la cantidad total de egresos (kg) que queda en la bodega al terminar el mes.

Reglas de consistencia:

R.1: La sumatoria de la cantidad distribuida de cada producto según la Sección A y la Sección C debe corresponder con lo distribuido a beneficiarios intrasistema y extrasistema de la Sección E, respectivamente.

R.2: El "Saldo mes anterior" debe ser coincidente con lo informado como "Saldo mes siguiente" en el REM correspondiente al mes inmediatamente anterior.

REM-D.16: PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM)

El PACAM es parte de un conjunto de actividades de apoyo alimentario nutricional de carácter preventivo y de recuperación, que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a personas mayores, en los establecimientos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

A su vez, es un componente integral del Programa de Salud del Adulto Mayor y se vincula con otras actividades de medicina preventiva y curativa, como la promoción del envejecimiento saludable y el mantenimiento y mejoramiento de la funcionalidad física y síquica. De este modo se convierte en un instrumento de las acciones de protección de la salud, más allá del ámbito estrictamente nutricional.

SECCIONES DEL REM-D.16

- **Sección A:** PACAM- Cantidad distribuida (kg)
- **Sección B:** PACAM- Número de personas que retiran
- **Sección C:** Existencia y Movimiento de productos.
- **Sección D:** PACAM Número de personas que retiran, pertenecientes al PRAIS (incluidos en Sección B)

DEFINICIONES CONCEPTUALES, OPERACIONALES Y REGLAS DE CONSISTENCIAS SECCIONES REM D16

Sección A: PACAM- Cantidad distribuida (Kg)

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la distribución los productos que están considerados en el PACAM (Sopa/Crema y Bebida Láctea), para los distintos grupos programáticos:

- 70 años y más: Toda persona mayor sobre esta edad que cumple con los requisitos de retiro.
- 65 - 69 años con alteración de la funcionalidad: Corresponde a las personas mayores en este rango etario que, según EMPAM, tengan clasificación de: "Autovalente con riesgo", "Riesgo de dependencia" o "Dependientes".
- 65 - 69 años en programa social: Corresponde a las personas mayores entre 65 y 69 años, ambos inclusive, que pertenezcan o hayan pertenecido al Subsistema Chile Solidario o al Subsistema de Seguridades y Oportunidades - Ingreso Ético Familiar (específicamente programas Familia, Vínculos, Abriendo Caminos y Personas en Situación de Calle).
- 60 - 69 años con tuberculosis: Corresponde a las personas mayores que se encuentren o hayan terminado en este rango etario, tratamiento antituberculoso.
- 60 - 69 años en ELEAM autorizado o similar: corresponde a las personas mayores en este rango etario que se encuentren en Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor (ELEAM) que cuenten con la autorización de la SEREMI de Salud correspondiente.

Definiciones operacionales:

Se debe registrar en la celda, según corresponda, la cantidad de producto distribuido en kilogramos (kg) durante el mes, de acuerdo con los esquemas de distribución especificados en la Norma Técnica de los Programas Alimentarios (PP.AA.) vigente, protocolos de gestión administrativa y otros documentos que regulan el funcionamiento de los PP.AA.

Regla de consistencia:

R.1: Verificar que la sección A, sea consistente con la Sección B, teniendo presente que según Norma Técnica, vigente, protocolos de gestión administrativa y otros documentos que regulan el funcionamiento de los PP.AA, existe un esquema de distribución definido para cada producto. De esta forma, cada beneficiario recibe mensualmente una cantidad de productos preestablecida, por lo tanto, multiplicando este valor por el número de beneficiarios, se debe obtener la cantidad de productos entregada.

R.2: Para cada grupo programático la cantidad de Sopa/Crema distribuida debe ser igual a la cantidad de Bebida Láctea.

Sección B: PACAM- Número de personas que retiran

Definiciones conceptuales:

Representa el total de las personas que retiran productos del PACAM en el mes, según sexo y grupo programático, de acuerdo con el esquema de distribución vigente. Además, se registran los ingresos e inasistentes del mes.

Definiciones operacionales:

Hombres: Se registra el número de hombres que retiraron ambos productos, incluyendo en este valor a los casos antiguos y los ingresos, según grupo programático.

Mujeres: Se registra el número de mujeres que retiraron ambos productos, incluyendo en este valor a los casos antiguos y los ingresos, según grupo programático.

Ambos sexos: Corresponde a la sumatoria de hombres y mujeres que retiraron ambos productos en el mes, incluyendo en este valor a los casos antiguos y los ingresos, según grupo programático.

Regla de consistencia:

R.1: Para cada grupo programático, el número total de personas de "ambos sexos" que retira ambos productos PACAM, debe ser igual a la suma de Crema Años Dorados más Bebida Láctea Años Dorados dividido en dos (Promedio=CAD+BLAD/2) (Sección A).

Sección C: Existencia y movimiento de productos

Definiciones conceptuales:

Esta sección permite relacionar el movimiento de productos que ingresan y egresan durante el mes, con el fin de mantener un adecuado control de existencias y proyectar el requerimiento de abastecimiento mensual del establecimiento.

Definiciones operacionales:

Para cada producto, se debe registrar:

Saldo del mes anterior: Corresponde al total de existencias que quedó en bodega al finalizar el mes anterior para los productos que considera el PACAM. Para ambos productos este registro debe ser en kilogramos (kg).

Ingresos: Corresponde a la cantidad total por producto (en kilogramos) que ingresó en el mes informado, de acuerdo con diferentes orígenes:

- **Proveedor/Operador Logístico**: Para cada producto se debe registrar la cantidad total que se recibió durante el mes desde el proveedor u Operador Logístico contratado por la CENABAST, ya sea por programación o reposición (faltantes o vencidos). Para ambos productos, este registro debe ser en **kilogramos (kg).**
- **Por traspaso:** Para cada producto se debe registrar la cantidad total que se recibió durante el mes desde otros establecimientos. Para ambos productos, este registro debe ser en **kilogramos (kg).**

Total disponible: Corresponde a la sumatoria del "Saldo del mes anterior" y los "Ingresos" (de planta o por traspaso).

Egresos: Corresponde a la cantidad total por producto(kg) que egresó en el mes informado, de acuerdo a:

- **Distribuido a la población beneficiaria:** Corresponde a la cantidad total por producto (kg) que se distribuyó en el mes a los/as beneficiarios/as del PACAM.
- **Mermas (incluye faltantes):** Corresponde a la cantidad de productos (kg) que están mermados, de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica de Programas Alimentarios.
- **Otros:** Corresponde a la cantidad de productos (kg) que se hayan egresado para demostraciones, donaciones (en caso de catástrofe previa autorización de Nivel Central y Referentes de Seremi) u otras razones autorizadas por la respectiva Seremi de Salud.
- **Traspasos:** Corresponde a la cantidad de productos (kg), que el establecimiento traspasó a otro establecimiento. Deben estar respaldados con la correspondiente documentación.
- **Total egresos:** corresponde a la cantidad total de egresos en el mes, por cada producto (sumatoria de todos los egresos antes descritos).

Saldo mes siguiente: Corresponde a la diferencia entre la cantidad total disponible y la cantidad total de egresos de cada producto (kg) que queda en la bodega al terminar el mes.

Regla de consistencia:

R.1: Comprobar que el saldo del mes anterior sea coincidente con lo informado como "saldo mes siguiente" en el REM correspondiente al mes inmediatamente anterior.

R.2: El total distribuido por cada producto (Crema Años Dorados sumado a Bebida Láctea Años Dorados) registrado en la Sección A será igual a lo registrado en "Distribuido a beneficiarios" de la Sección C.

Sección D: PACAM- Número de personas que retiran, pertenecientes al PRAIS (Incluidos en Sección B)

Definiciones conceptuales:

Corresponde al subgrupo de personas declaradas en la sección B, que pertenecen al PRAIS, independiente de su situación previsional (FONASA, ISAPRE, FF. AA y de Orden).

Definiciones operacionales:

Se registra de acuerdo a las mismas definiciones de la Sección B, pero que sean beneficiarios/as del PRAIS.

Regla de consistencia:

R.1: El total de datos ingresados en la sección D, así como los de cada grupo programático, no puede ser mayor que lo registrado en la Sección B.