Manual Resumen Estadístico Mensual (REM) 2026

SERIES A-BS-BM- D

Departamento de Estadística e información en Salud

Lineamientos para el registro Estadístico

Versión 1.1

Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Estadística e información en Salud. Manual REM 2026 Series A, BS, BM Y D. Santiago, MINSAL 2025. Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

INDICE

INTRODUCCIÓN **15**

SOBRE LA ESTRUCTURA DEL REM Y CÓMO USAR EL MANUAL **16**

ALCANCE **17**

RESPONSABILIDADES **18**

GENERALIDADES SOBRE REGISTRO REM **19**

GLOSARIO **26**

REM A01: CONTROLES DE SALUD **31**

SECCIÓN A: CONTROLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 32
SECCIÓN B: CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL 35
SECCIÓN C: CONTROLES SEGÚN PROBLEMA DE SALUD 35
SECCIÓN D: CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES (INCLUIDOS EN SECCIÓN B) 36
SECCIÓN E: CONTROLES DE SALUD INDIVIDUALES EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES 37
SECCIÓN F: CONTROLES INTEGRALES DE PERSONAS CON CONDICIONES CRÓNICAS. 39
SECCIÓN G: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: PAP TOMADOS E INFORMADOS SEGÚN RESULTADOS Y RANGO ETARIO. EXÁMENES TOMADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE REALIZAN TAMIZAJE, USO APS 41
Sección G.1: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: resultados de PAP informados según rango etario. Exámenes analizados en los laboratorios de la red pública, uso exclusivo laboratorios que procesan 42
Sección G.2: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: resultados de PAP informados según grupos de edad. Exámenes analizados en extrasistema, uso mandante 43
SECCIÓN H: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: VPH TOMADOS E INFORMADOS SEGÚN RESULTADOS Y RANGO ETARIO (EXÁMENES TOMADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE REALIZAN TAMIZAJE, USO APS) 43
Sección H.1: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: VPH informados, según rango etario (exámenes analizados en laboratorios de la red pública, uso laboratorios que procesan) 45
Sección H.2: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: VPH informados según rango etario. Exámenes analizados en extrasistema, uso mandante 46

REM A02: EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MAYORES DE 15 AÑOS **48**

SECCIÓN A: EMP REALIZADO POR PROFESIONAL 49
SECCIÓN B: EMP SEGÚN RESULTADO DEL ESTADO NUTRICIONAL 50
SECCIÓN C: RESULTADOS DE EMP SEGÚN ESTADO DE SALUD 50
SECCIÓN D: RESULTADOS DE EMP SEGÚN ESTADO DE SALUD (EXÁMENES DE LABORATORIO) 51

REM A03: APLICACIÓN Y RESULTADO DE ESCALAS DE EVALUACIÓN **52**

SECCIÓN A: APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS Y RESULTADOS EN EL NIÑO/A 54
Sección A.1: Aplicación y Resultados de Pauta Breve 54
Sección A.2: Resultados de la aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor 54

Sección A.3: Niños y niñas con Rezago, Déficit o Riesgo Biopsicosocial derivados a alguna modalidad de estimulación en la primera evaluación *58*
Sección A.4: Resultados de la aplicación de Protocolo Neurosensorial *59*
Sección A.5: Tipos de alimentación Materna en niños y niñas controlados *59*
Sección A.6: Resultado radiografía de cadera *62*
SECCIÓN B: EVALUACIÓN, APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS EN LA MUJER 63
Sección B.1: Evaluación del Estado Nutricional a personas Controladas al octavo mes post parto *63*
Sección B.2: Aplicación de escala según Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada a gestantes *63*
Sección B.3: Aplicación de Escala de Edimburgo a gestantes y mujeres post parto *64*
SECCIÓN C: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADOLESCENTE CON CONTROL DE SALUD INTEGRAL 65
SECCIÓN D: OTRAS EVALUACIONES, APLICACIONES Y RESULTADOS DE ESCALAS EN TODAS LAS EDADES 65
Sección D.1: Aplicación de Tamizaje para evaluar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas *65*
Sección D.2: Resultados de la aplicación de Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad (IVADEC-CIF) *69*
Sección D.3: Aplicación y resultado de Pauta de Evaluación de Salud Mental *71*
Sección D.4: Resultado de Aplicación de Condición de Funcionalidad al Egreso Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" *73*
Sección D.5: Variación de Resultados de Aplicación del Índice de Barthel entre el Ingreso y Egreso Hospitalario *74*
Sección D.6: Aplicación de escala Zarit Abreviado en Cuidadores *75*
Sección D.7: Aplicación y Resultados de Pauta De Evaluación con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) *77*
SECCIÓN E: APLICACIÓN DE PAUTA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGOS BIOPSICOSOCIAL INFANTIL 78
SECCIÓN F: TAMIZAJE TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA (M CHAT-R/F) 16 A 30 MESES 79
Sección F.1: Sospecha de Trastorno del Espectro Autista en niños y niñas de 30 a 59 meses *81*
SECCIÓN G: APLICACIÓN ESCALA MRS EN MUJERES EN EDAD DE CLIMATERIO 82
SECCIÓN H: APLICACIÓN DE TAMIZAJE PARA EVALUAR RIESGO DE TRASTORNOS O PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN APS 84
SECCIÓN I: APLICACIÓN Y RESULTADO DE PAUTA DE EVALUACIÓN PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN APS 86
SECCIÓN J: CATEGORIZACIÓN DE INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN APS, SEGÚN CATEGORÍA DE RIESGO 87

REM A04: CONSULTAS Y OTRAS ATENCIONES EN LA RED 90

SECCIÓN A: CONSULTAS MÉDICAS 92
SECCIÓN B: CONSULTAS DE PROFESIONALES NO MÉDICOS 94
SECCIÓN C: CONSULTAS ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA 96
SECCIÓN D: CONSULTAS EN HORARIO CONTINUADO 97
SECCIÓN E: CONSULTA ABREVIADA 97
SECCIÓN F: ATENCIONES DE SANADORES INDÍGENA 98
SECCIÓN G: INTERVENCIÓN INDIVIDUAL DEL USUARIO EN PROGRAMA ELIGE VIDA SANA 98
SECCIÓN H: SERVICIOS FARMACÉUTICOS 99
Sección H.1: Servicios Farmacéuticos en Atención primaria (11,12) *99*
Sección H.2: Servicios Farmacéuticos en Atención Hospitalaria *101*
SECCIÓN I: DESPACHO DE RECETAS 103
Sección I.1: Despacho de recetas de pacientes ambulatorios en Atención primaria *103*
Sección I.2: Despacho de recetas en Atención Hospitalaria y especialidad (Incluye COSAM) *108*
SECCIÓN J: RONDAS POR TIPO Y PROFESIONAL 111

Sección K: Clasificación de Consulta Nutricional por rango etario 111
Sección L: Consulta de Lactancia Materna en niños y niñas controlados 112
Sección M: Atenciones ambulatorias por el Programa Tuberculosis 114
Sección N: Exámenes bacteriológicos procesados 115
Sección O: Atenciones en Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIS) en APS 115
Sección P: Encuesta epidemiológica 117
Sección Q: Entrega de Quimioprofilaxis para bloqueo epidemiológico 118
Sección R: Toma de muestras para Vigilancia Epidemiológica 118
Sección S: Seguimiento de casos y contactos/expuestos vía telefónica y visitas de seguimiento de casos 119
Sección T: Búsqueda activa institucional (BAI) de casos 120
Sección U: Búsqueda activa comunitaria (BAC) de casos 120

REM A05: INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD 121

Sección A: Ingresos de gestantes a Programa Prenatal 123
Sección B: Ingresos de Gestantes con patología de Alto Riesgo Obstétrico a la unidad de ARO 124
Sección C: Ingresos a Programa de Regulación de Fertilidad 125
Sección C.1: Ingresos a Salud Sexual 126
Sección C.2: Egresos de Programa de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual 127
Sección D: Ingresos a Programa Control de Climaterio 128
Sección E: Ingresos a Control de Salud de Recién Nacidos 128
Sección F: Ingresos y egresos a Sala de Estimulación Servicio Itinerante y Atención Domiciliaria. 129
Sección F.1: Reingresos y egresos por segunda vez a sala de estimulación, servicio itinerante y atención domiciliaria 130
Sección G: Ingreso de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales a control de salud en APS 131
Sección H: Ingresos al Programa de Salud Cardiovascular 132
Sección I: Egresos del Programa de Salud Cardiovascular 134
Sección J: Ingresos y egresos al Programa de Pacientes con Dependencia Leve, Moderada y Severa 135
Sección K: Ingresos al Programa del Adulto Mayor según condición de funcionalidad y dependencia 135
Sección L: Egresos al Programa del Adulto Mayor según condición de funcionalidad y dependencia 137
Sección M: Ingresos y egresos del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes 137
Sección N: Ingresos al Programa de Salud Mental en APS /Especialidad 138
Sección O: Egresos del Programa de Salud Mental por altas clínicas en APS/Especialidad 146
Sección P: Programa de Rehabilitación (personas con Trastornos Psiquiátricos) 147
Sección Q: Ingresos y egresos al Programa Infección por Transmisión Sexual (Uso de establecimientos que realizan atención de ITS) 147
Sección R: Ingresos y egresos a Programa De VIH/SIDA (Uso exclusivo centros de atención VIH/SIDA) 149
Sección S: Ingresos y egresos por Comercio Sexual (Uso Exclusivo de Unidades Control Comercio Sexual) 150
Sección T: Ingresos y egresos Programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria 151
Sección U: Ingresos integrales de personas con condiciones crónicas en Atención Primaria 152
Sección V: Ingresos y egresos a atenciones del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa 155
Sección W: Ingreso y egreso Programa Acompañamiento a la Identidad de Género en nivel de especialidad 158
Sección X: Intervenciones realizadas por ámbito dentro del Programa de Acompañamiento a la Identidad de género (PAIG) 162

REM A06: PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES 164

SECCIÓN A 165
Sección A.1: Controles de Atención Primaria/Especialidades 165
Sección A.2: Consultorías de Salud Mental en APS 168
Sección A.3: Consultorías de Salud Mental, otorgado por el nivel de especialidad 169
SECCIÓN B 170
Sección B.1: Actividades Grupales (número de sesiones) 170
Sección B.2: Programa de Rehabilitación (personas con trastornos psiquiátricos) 170
Sección B.3: Actividades de Psiquiatría Forense para personas en conflicto con la justicia (en lo Penal, Civil, Familiar, etc.) 171
Sección B.4: Dispositivos de Salud Mental 172
SECCIÓN C 173
Sección C.1: Actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria 173
Sección C.2: Informes a tribunales 175
Sección C.3: Informes a Intersector 175
SECCIÓN D: PLANES Y EVALUACIONES PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. 176
SECCIÓN E: PERSONAS CON EVALUACIÓN Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA EN APS 177
SECCIÓN F: EVALUACIONES PROGRAMA PLAN NACIONAL DE DEMENCIA 177
SECCIÓN G: EVALUACIÓN PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL (PASMI) 178
SECCIÓN H: CONSULTA DE SALUD MENTAL POR EL NIVEL DE ESPECIALIDAD 179
SECCIÓN I: RESCATE DE PACIENTES PROGRAMA SALUD MENTAL 180
SECCIÓN J: TIEMPOS DE ESPERA EN SALUD MENTAL DE APS 181
SECCIÓN K: SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA O DESASTRE 182
Sección K.1: Actividades de Coordinación en Situaciones de Emergencia y Desastre 183
SECCIÓN L: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA 184

REM A07: ATENCIONES DE ESPECIALIDADES 185

SECCIÓN A: CONSULTAS MÉDICAS DE ESPECIALIDAD 186
Sección A.1: Atributos de las atenciones de especialidad 187
SECCIÓN B: ATENCIONES MÉDICAS POR PROGRAMAS Y POLICLÍNICOS (INCLUIDAS EN SECCIÓN A) 190
SECCIÓN C: CONSULTAS Y CONTROLES POR OTROS PROFESIONALES EN ESPECIALIDAD (NIVEL SECUNDARIO) 191
SECCIÓN D: CONSULTAS INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y CONTROLES DE SALUD SEXUAL EN EL NIVEL SECUNDARIO 192
SECCIÓN E: ACTIVIDADES DE PROFESIONAL DE ENLACE EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO SEGÚN RIESGO (ECICEP) 193
SECCIÓN F: ACTIVIDADES COMITÉ DE PROTECCIÓN DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA (CPIA) 195
SECCIÓN G: ACTIVIDADES COMITÉ ONCOLÓGICO 196
SECCIÓN H: TERAPIA HORMONAL GENERO AFIRMATIVA (THGA) EN MAYORES DE 18 AÑOS 197

REM A08: ATENCIÓN DE URGENCIAS 200

SECCIÓN A: ATENCIONES REALIZADAS EN UNIDADES URGENCIA DE LA RED 202
Sección A.1: Atenciones realizadas en Unidades de Emergencia Hospitalaria (Establecimientos de alta y mediana complejidad) 202
Sección A.2: Atenciones de urgencia realizadas en SAPU y SAR 205
Sección A.3: Atenciones de urgencia realizada en establecimientos de baja complejidad 208
Sección A.4: Atenciones de urgencia realizadas en establecimientos Atención Primaria no SAPU 209
Sección A.5: Consultas en Servicios de Atención de Urgencia Rural (SUR) y postas rurales 210

Sección B: Categorización de pacientes, previa a la atención médica y odontológica (Establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, SAPU, SAR, SUR) 211
Sección B.1: Categorización de pacientes de urgencia gineco-obstétrica previo a la atención clínica por matrón(a) y/o médico gineco-obstetra (Establecimientos de alta, mediana y baja complejidad) 213
Sección C: Atenciones realizadas por médicos y odontólogos especialistas en las Unidades de Urgencia Hospitalaria 215
Sección D: Pacientes con indicación de hospitalización en espera de camas en UEH (Establecimientos de alta, mediana y baja complejidad) 216
Sección E: Pacientes con indicación de observación en SAR y SAPU 218
Sección F: Pacientes fallecidos en UEH (Establecimientos alta, mediana o baja complejidad, SAR, SAPU y SUR) 218
Sección G: Atenciones médicas asociadas a violencia: Caracterización de la víctima 219
Sección G.1: Atenciones médicas asociadas a violencia: Caracterización del agresor y su relación con la víctima registrada en Sección G 221
Sección H: Atenciones por anticoncepción de emergencia 222
Sección I: Motivos de atención por emergencia obstétrica al Servicio de Urgencia (Establecimientos de alta y mediana complejidad) 223
Sección J: Llamados de urgencia a Centro Regulador o Centro de Despacho 223
Sección K: Intervenciones Pre Hospitalarias (SAMU) 224
Sección L: Traslados primarios a unidades de Urgencia (desde el lugar del evento a Unidad de Emergencia) 226
Sección M: Traslado secundario (desde un establecimiento a otro) 227
Sección N: Clasificación de las intervenciones por grandes grupos diagnósticos (SAMU) 228
Sección O: Atenciones de urgencia por violencia sexual 229
Sección P: Atenciones médicas por violencia sexual con realización o indicación de peritaje. 230
Sección R: Atenciones en Servicio de Urgencia de la red, asociados a mordedura 231

REM A09: ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA RED ASISTENCIAL 233

Sección A: Consultas y controles odontología general en nivel primario y secundario de salud 235
Sección B: Actividades de odontología general realizados en Nivel Primario y Secundario de Salud 237
Sección C: Ingresos y egresos de odontología general en nivel primario y secundario de salud 240
Sección D: Interconsultas y pertinencia según origen en establecimientos de la red 244
Sección E: Consultas odontológicas en horario continuado (incluidas en Secciones A y B. Excluye extensiones horarias de Sección G) 245
Sección F: Actividades de atención en Especialidades Odontológicas 245
Sección F.1 Actividades quirúrgicas por especialidad odontológica 252
Sección F.2: Actividades de Imagenología Oral y Maxilofacial 254
Sección G: Estrategias de salud Bucal y programa GES (Actividades incluidas en Sección B) 256
Sección G.1: Programa Sembrando Sonrisas 260
Sección H: Sedación y anestesia 262
Sección I: Consultas, ingresos y egresos en especialidades odontológicas realizados en Nivel Primario y Secundario de Salud. 264
Sección J: Actividades efectuadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienistas Dentales 268
Sección K: Consultorías de especialidades odontológicas. 269

REM A11: EXÁMENES DE PESQUISA DE ENFERMEDADES 270

Sección A: Exámenes de Sífilis 273

Sección A.1: Exámenes de VDRL por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorios que procesan) *273*
Sección A.2: Exámenes de VDRL por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicios) *275*
Sección A.3: Examen RPR por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorio que procesan) *276*
Sección A.4: Examen RPR por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicio) *277*
Sección A.5: Examen MHA-TP por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorio que procesan) *278*
Sección A.6: Examen MHA-TP por grupo de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicio) *279*
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) *280*
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) *281*
Sección C.1: Exámenes de VIH por grupos de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos con laboratorios que procesan) *283*
Sección C.2 Exámenes de VIH por grupos de usuarios (Uso exclusivo de establecimientos que compran servicios) *286*
SECCIÓN D: EXÁMENES DE GONORREA POR GRUPOS DE USUARIOS 287
SECCIÓN E: EXÁMENES DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS POR GRUPOS DE USUARIOS 288
SECCIÓN F: EXÁMENES DE VIH POR TÉCNICA VISUAL/RÁPIDA Y GRUPOS DE USUARIOS (EXCLUSIVO ESTABLECIMIENTOS NO LABORATORIOS) 290
SECCION G: DONANTES CONFIRMADOS ENFERMEDAD DE CHAGAS 291
SECCIÓN H: SEGUIMIENTO DE CASOS 291

REM A11A: TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL 293

SECCIÓN A: TRATAMIENTO DE SÍFILIS EN GESTANTES 294
SECCIÓN B: NIÑOS Y NIÑAS EXPUESTOS A LA SÍFILIS TRATADOS AL NACER 295
SECCIÓN C: ABORTOS Y DEFUNCIONES FETALES ATRIBUIDAS A SÍFILIS SEGÚN EDAD GESTACIONAL 296
SECCIÓN D: APLICACIÓN DE PROFILAXIS OCULAR PARA GONORREA EN RECIÉN NACIDOS 297
SECCIÓN E: MUJERES VIH QUE RECIBEN PROTOCOLO PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL AL PARTO (PTV) 298
SECCIÓN F: RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS EL VIH QUE RECIBEN PROTOCOLO DE TRANSMISIÓN VERTICAL 300
SECCIÓN G: RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS EL VIH QUE RECIBE LECHE MATERNIZADA AL ALTA 301
SECCIÓN H: GESTANTES ESTUDIADAS PARA ESTREPTOCOCCUS GRUPO B (EGB) 302
SECCIÓN I: GESTANTES EVALUADAS PARA HEPATITIS B 302
SECCIÓN J: PROFILAXIS DE TRANSMISIÓN VERTICAL APLICADA AL RECIÉN NACIDO, HIJO DE MADRE HEPATITIS B POSITIVA 303
SECCION K: SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS AL AÑO DE VIDA 304
SECCIÓN L: TAMIZAJE DE INFECCION POR *T. CRUZI* (ENFERMEDAD DE CHAGAS) EN PERSONAS GESTANTES Y MUJERES EN EDAD FÉRTI EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD 304
SECCIÓN M: DIAGNÓSTICO TRANSMISIÓN VERTICAL MADRE HIJO/A CON ENFERMEDAD DE CHAGAS 306
SECCION N: TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS 307

REM A19A: ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD 309

SECCIÓN A. CONSEJERÍAS 310

Sección A.1: Consejerías individuales *310*
Sección A.2: Consejerías individuales por VIH (No incluidas en Sección A.1) *313*
Sección A.3: Consejerías familiares *314*
Sección A.4: Consejerías individuales con entrega de preservativos *314*
SECCIÓN B. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN 315
Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes *315*
Sección B.2: Talleres grupales de vida sana, según tipo, por espacios de acción *318*
Sección B.3: Actividades de gestión según tipo, por espacio de acción *319*
Sección B.4: Talleres grupales según temática y número de participantes en Programa Espacios Amigables . *320*
SECCIÓN C: ACTIVIDADES DE GESTIÓN INTERCULTURAL REALIZADAS POR FACILITADOR INTERCULTURAL 321
SECCIÓN D: ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE ORIENTACIÓN Y/O EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL MARCO EPIDEMIOLÓGICO. 322

REM A19B: ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL 323

SECCIÓN A: ATENCIÓN OFICINAS DE INFORMACIONES (SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A USUARIOS) 324
SECCIÓN B: ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL 332
Sección B.1: Actividades según instancias de participación social *334*
Sección B.2: Total de sesiones según líneas de acción y participantes *338*
SECCIÓN C: ACTIVIDADES DE SATISFACCIÓN USUARIA Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN 343
Sección C.1: Actividades de gestión de la satisfacción usuaria y humanización de la atención *343*
Sección C.2: Total de sesiones según líneas de acción y participantes *347*

REM A21: QUIRÓFANOS Y OTROS RECURSOS HOSPITALARIOS 348

SECCIÓN A: CAPACIDAD INSTALADA Y UTILIZACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS CIRUGÍA MAYOR 349
SECCIÓN B: PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS AMBULATORIOS 353
SECCIÓN C: HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y ATENCIÓN VENTILATORIA EN DOMICILIO 354
Sección C.1: Hospitalización Domiciliaria *354*
Sección C.2: Atención Ventilatoria en Domicilio *358*
SECCIÓN D: APOYO PSICOSOCIAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS 360
SECCIÓN E: GESTIÓN DE PROCESOS DE PACIENTES QUIRÚRGICOS CON CIRUGÍA ELECTIVA 361
SECCIÓN F: CAUSA DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS ELECTIVAS 363
Unidades de Apoyo logístico *365*
Equipo quirúrgico *366*
SECCIÓN G: ESTERILIZACIONES QUIRÚRGICAS 367
SECCIÓN H: CAPACIDAD INSTALADA DE QUIRÓFANOS DE CIRUGÍA MENOR 368
SECCIÓN I: GESTIÓN DE PROCESOS DE PACIENTE QUIRÚRGICOS CON CIRUGÍA MENOR 371
SECCIÓN J: PROCEDIMIENTOS ONCOLÓGICOS 374

REM A23: SALA IRA- ERA Y MIXTAS 377

SECCIÓN A: INGRESOS AGUDOS SEGÚN DIAGNÓSTICO DERIVADOS A SALA 378
SECCIÓN B: INGRESO CRÓNICO SEGÚN DIAGNÓSTICO (SÓLO MÉDICO) 379
SECCIÓN C: EGRESOS 380
SECCIÓN D: CONSULTAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SALAS IRA-ERA Y MIXTA 381
SECCIÓN E: CONTROLES REALIZADOS (CRÓNICOS) 382
SECCIÓN F: SEGUIMIENTO DE ATENCIONES REALIZADAS EN AGUDOS 382

Sección G: Inasistentes a control de crónicos 383
Sección H: Inasistentes a citación agendada 383
Sección I: Procedimientos realizados 384
Sección J: Derivación de pacientes según destino 384
Sección K: Recepción de pacientes según origen 385
Sección L: Hospitalización Abreviada / Intervención en crisis respiratoria 385
Sección M: Educación en salas 386
Sección M.1: Educación individual en sala 386
Sección M.2: Educación grupal (agendada y programada) 387
Sección N: Visitas domiciliarias y seguimiento realizados por equipo IRA-ERA 388
Sección O: Rehabilitación Pulmonar y Actividad Física 389
Sección P: Rehabilitación Pulmonar Post COVID 389
Sección Q: Aplicación de Encuesta Calidad de Vida 390

REM A24: ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL RECIÉN NACIDO 391

Sección A: Información general de partos 392
Sección A.1: Partos vaginales 396
Sección A.2: Cesáreas (responsabilidad del Médico Jefe del Servicio de Obstetricia) 397
Sección A.3: Complicaciones 399
Sección B: Interrupción voluntaria del embarazo 401
Sección B.1: Programa de Acompañamiento IVE 402
Sección C: Método anticonceptivo al alta 403
Sección D: Información de recién nacidos 404
Sección D.1: Información general de recién nacidos vivos 404
Sección D.2: Atención inmediata del recién nacido 405
Sección D.3: Nacidos Fallecidos 406
Sección E: Recién nacidos/as egresados/as de servicios Gineco-Obstétricos o de Neonatología según tipo de alimentación 407
Sección F: Consulta de lactancia materna en Servicios Gineco-Obstétricos o de Neonatología 409
Sección G: Talleres grupales de lactancia materna 410
Sección H: Tamizajes del recién nacido 411
Sección H.1: Pesquisa neonatal ampliada 411
Sección H.2: Tamizaje Auditivo 412
Sección H.3: Tamizaje cardiopatías congénitas 413

REM A25: SERVICIOS DE SANGRE 415

Sección A 419
Sección A.1: Población donante (CS-UTT-BS-CDD) 419
Sección A.2: Tipo de donantes con contraindicación (CS – UTT – BS - CDD) 420
Sección A.3: Reacciones adversas a la donación (CS-UTT-BS - CDD) 421
Sección B: Ingreso unidades de sangre a producción (CS-BS-CP) 423
Sección C: Elaboración de productos sanguíneos lábiles (CS-CP-BS) 423
Sección C.1: Productos sanguíneos lábiles eliminados (CS-CP-BS) 425
Sección C.2: Productos sanguíneos lábiles eliminados (UTT) 426
Sección C.3: Productos sanguíneos lábiles transformados posterior al proceso productivo (BS-UTT) 427

Sección C.4: Componentes sanguíneos distribuibles (CS-CP) *428*
Sección C.5: Insatisfacción de stock óptimo (7 Días) CS – CP – BS - UTT *429*
Sección C.6: Insatisfacción Stock Crítico (3 días) CS -CP-BS-UTT *430*
SECCIÓN D: COMPONENTES SANGUÍNEOS DISTRIBUIDOS (CS-CP) O TRANSFERIDOS (BS Y UTT) 431
Sección D.1: Transfusiones (UTT - BS) *431*
SECCIÓN E: DEMANDA GLÓBULOS ROJOS PARA TRANSFUSIÓN (UTT - BS) 433
SECCIÓN F: REACCIONES ADVERSAS POR ACTO TRANSFUSIONAL (UTT-BS) 434
SECCIÓN G: INMUNOHEMATOLOGÍA 437
Sección G.1: Clasificación sanguínea ABO-RhD (CS-CP- BS-UTT) *437*
Sección G.2: Detección de anticuerpos irregulares (CS-CP-BS-UTT) *438*
Sección G.3: Identificación de anticuerpos irregulares (CS-BS-UTT) *439*
Sección G.4: Pruebas cruzadas eritrocitarias (BS - UTT) *441*
Sección G.5: Fenotipo eritrocitario (CS-BS-CP-UTT) *442*
Sección G.6: Prueba de antiglobulina directa en pacientes (BS-UTT) *443*
SECCIÓN H: AFÉRESIS (UTT-BS-CS-CDD) 443
Sección H.1: Aféresis de donación (BS-UTT-CS-CDD) *444*
Sección H.2: Aféresis terapéutica (UTT-BS) *444*

REM A26: ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y EN OTROS ESPACIOS 446

SECCIÓN A: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS (ESTABLECIMIENTOS APS) 447
Sección A.1: Visitas domiciliarias integrales a personas con dependencia severa y sus cuidadores *449*
SECCIÓN B: OTRAS VISITAS INTEGRALES 452
SECCIÓN C: VISITAS CON FINES TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS EN DOMICILIO A PERSONAS CON DEPENDENCIA. 454
SECCIÓN D: RESCATE DE PACIENTES INASISTENTES 456
SECCIÓN E: OTRAS VISITAS PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA 456
SECCIÓN F: VISITA A ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL (PASMI) EN ATENCIÓN PRIMARIA 457
SECCIÓN G: CONSULTAS Y CONTROLES DE ESPECIALIDAD RESUELTAS POR VISITAS DOMICILIARIAS 457
SECCIÓN H: ACTIVIDADES EXTRAMURALES (EXCLUYE SECCIONES Y SUBSECCIONES A, B Y C) 458

REM A27: EDUCACIÓN PARA LA SALUD 460

SECCIÓN A: PERSONAS QUE INGRESAN A EDUCACIÓN GRUPAL SEGÚN ÁREAS TEMÁTICAS Y EDAD 461
SECCIÓN B: ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, SEGÚN PERSONAL QUE LAS REALIZA (SESIONES) 468
SECCIÓN C: EDUCACIÓN GRUPAL A GESTANTES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (NIVEL SECUNDARIO) 468
SECCIÓN D: TALLERES PROGRAMA "MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES" 469
SECCIÓN E: TALLERES PROGRAMA ELIGE VIDA SANA 470
SECCIÓN F: INTERVENCIONES POR PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS 471
SECCIÓN G: PERSONAS QUE INGRESAN A TALLERES PARA PADRES DEL PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL (PASMI) 472
SECCIÓN H: ORGANIZACIONES SOCIALES DE LA RED DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES 473
SECCIÓN I: SERVICIOS DE LA RED DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES 474
SECCIÓN J: TALLERES GRUPALES DE LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA 475
SECCIÓN K: INTERVENCIONES POSTERIOR AL TAMIZAJE DE SALUD MENTAL 475
SECCIÓN L: ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, SEGÚN PERSONAL QUE LAS REALIZA (SESIONES) (PRAIS) 476
SECCIÓN M: EDUCACIÓN PARA PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR 477

REM A28: REHABILITACIÓN INTEGRAL 478

SECCIÓN A: ATENCIONES DE REHABILITACIÓN NIVEL PRIMARIO 479
Sección A.1: Ingresos y egresos a atenciones de Rehabilitación en el Nivel Primario 479
Sección A.2: Ingreso por condición de salud 482
Sección A.3: Evaluación inicial 485
Sección A.4: Evaluación intermedia 485
Sección A.5: Sesiones de Rehabilitación 486
Sección A.6: Procedimientos y actividades 487
Sección A.7: Consejería individual agendada 489
Sección A.8: Consejería familiar agendada 490
Sección A.9: Intervenciones terapéuticas grupales 490
Sección A.10: Personas que logran participación en comunidad 491
Sección A.11: Actividades y participación 492
SECCIÓN B: NIVEL HOSPITALARIO 494
Sección B.1: Ingresos y egresos a Rehabilitación Integral 494
Sección B.2: Evaluación inicial 498
Sección B.3: Evaluación intermedia 499
Sección B.4: Sesiones de rehabilitación 500
Sección B.5: Derivaciones y continuidad en los cuidados 501
Sección B.6: Procedimientos y actividades 501
SECCIÓN C: AYUDAS TÉCNICAS DE SALUD, NIVEL APS Y HOSPITALARIO 505
Sección C.1: Número de personas que reciben ayudas técnicas 505
Sección C.2: Número de ayudas técnicas entregadas por tipo 505
Sección C.3: Ayudas técnicas por condición de salud 507

REM A29: PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y/O RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA 509

SECCIÓN A: PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 510
SECCIÓN B: PROCEDIMIENTOS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS Y PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 514
SECCIÓN C: PROCEDIMIENTOS DE APOYO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO 516
SECCIÓN D: ENTREGA DE AYUDAS TÉCNICAS 517
SECCIÓN E: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MENORES QUE SE REALIZAN EN UAPO 517
SECCIÓN F: TAMIZAJE DE RETINOPATÍA DIABÉTICA PARA PERSONAS CON DIABETES MELLITUS 2 EN UAPO 518
SECCIÓN G: ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN EN UAPORRINO 520
SECCIÓN H: CANASTA INTEGRAL DERMATOLOGÍA 520
SECCIÓN I: CANASTA INTEGRAL EN CLIMATERIO 521

REM A30: ATENCIONES POR TELEMEDICINA EN LA RED ASISTENCIAL 522

SECCIÓN A: TELEINTERCONSULTA DE ESPECIALIDAD (ATENCIÓN REALIZADA DE MÉDICO A MÉDICO) 523
SECCIÓN B: TELEINTERCONSULTA MÉDICA EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN SECUNDARIA DE URGENCIA (ATENCIÓN MÉDICO A MÉDICO) 525
SECCIÓN C: TELEINFORMES EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA 527
SECCIÓN D: TELEINTERCONSULTA ODONTOLÓGICA 528
SECCIÓN E: TELEPROCEDIMIENTOS EN ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA 530
SECCIÓN F: TELE COMITÉ DE ESPECIALIDAD 531
SECCIÓN G: TELEINTERCONSULTA MEDICINA ABREVIADA 532

REM A30AR: ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN DE SALUD A DISTANCIA (HOSPITAL DIGITAL) 533

SECCIÓN A: ATENCIONES POR TELEMEDICINA DE ESPECIALIDAD MÉDICA 535
Sección A.1: Teleinterconsulta de especialidad médica por Hospital Digital 535
Sección A.2: Teleconsulta de especialidad médica por Hospital Digital 536
SECCIÓN B: TELEINFORMES EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA 537
SECCIÓN C: TELEINTERCONSULTA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS POR HOSPITAL DIGITAL 539
SECCIÓN D: PRESTACIONES DE TELEMEDICINA REALIZADAS POR OTROS PROFESIONALES 540
SECCIÓN E: TELEMEDICINA EN ESTRATEGIAS DE MEDICINA GENERAL 540
SECCIÓN F: ESTRATEGIAS SALUD MENTAL 541
Sección F.1: Estrategia Salud Mental población general 541
Sección F.2: Estrategia Salud Mental funcionarios de la salud 542
Sección F.3: Alta Programa de Acompañamiento en Salud Mental por Telemedicina a funcionarios (PASMET) 543
SECCIÓN G: TELECOMITÉ 543
SECCIÓN H: ORIENTACIÓN TELEFÓNICA EN SALUD 544
SECCIÓN I: TELEINTERCONSULTA MÉDICA EN SERVICIOS DE URGENCIA POR HOSPITAL DIGITAL 545
SECCIÓN J: ATENCIÓN REMOTA DE URGENCIA 546

REM A31: MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y PRÁCTICAS DE BIENESTAR DE LA SALUD 547

SECCIÓN A: TIPOS DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y PRÁCTICAS DE BIENESTAR DE LA SALUD, ENTREGADAS EN ATENCIÓN INDIVIDUAL 548
SECCIÓN B: MEDICINA COMPLEMENTARIA Y PRÁCTICAS DE BIENESTAR DE LA SALUD EN ATENCIONES INDIVIDUALES O GRUPALES, SEGÚN PROFESIONAL 551
SECCIÓN C: ORIGEN DE LA ATENCIÓN CON MEDICINA COMPLEMENTARIA Y PRÁCTICAS DE BIENESTAR DE LA SALUD 551
SECCIÓN D: TIPOS DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y PRÁCTICAS DE BIENESTAR DE LA SALUD ENTREGADAS EN ATENCIÓN GRUPAL Y COMUNITARIA 552
SECCIÓN E: ACCIONES REMOTAS DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y PRÁCTICAS DE BIENESTAR EN SALUD 553

REM A32: ACTIVIDADES ATENCIÓN DE SALUD REMOTA 554

SECCIÓN A: SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR LLAMADA TELEFÓNICA O VIDEOLLAMADA 556
SECCIÓN B: GESTIÓN REMOTA ABREVIADA MEDIANTE PLATAFORMA TELESALUD 557
SECCIÓN C: CONSULTA MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR LLAMADA TELEFÓNICA O VIDEOLLAMADAS 558
SECCIÓN D: ATENCIONES TELEFÓNICAS EN CONSULTAS Y CONTROLES 559
Sección D.1: Atenciones remotas médicas en especialidad 559
Sección D.2: Atenciones remotas consultas y controles por otros profesionales en especialidad (Nivel Secundario) 561
SECCIÓN E: ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 561
Sección E.2: Atención Odontológica establecimientos hospitalarios de baja, mediana y alta complejidad 562
SECCIÓN F: ACCIONES DE SALUD MENTAL REMOTAS 563
Sección F.1: Acciones remotas de Salud Mental (APS y especialidad) 564
Sección F.2: Controles de Salud Mental remotos (APS y especialidad) 565
SECCIÓN G: ACCIONES DE SEGUIMIENTO REMOTO EN EL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR EN APS 567
SECCIÓN H: ACTIVIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO REMOTO A PERSONAS MAYORES Y SUS FAMILIAS POR PARTE DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES 568
SECCIÓN I: SEGUIMIENTO DE SALUD INFANTIL REMOTO 570

Sección J: Atención Remota Adolescente 571
Sección K: Atenciones remotas en Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIS) en APS 573
Sección L: Educación grupal remota según áreas temáticas y edad 575
Sección M: Actividades Programa Elige Vida Sana por llamada telefónica 576
Sección N: Actividades Programa Elige Vida Sana por redes sociales 577
Sección O: Apoyo telefónico del Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS 578
Sección P: Teleconsulta medicina abreviada 578

REM A33: CUIDADOS PALIATIVOS NIVEL APS Y ESPECIALIDADES 579

Sección A: Ingresos por diagnóstico y egreso por causales 580
Sección B: Tipo de atención y actividades 583
Sección C: Educación a usuarios/as 587
Sección D: Capacitaciones de equipos 588
Sección E: Comités Cuidados Paliativos 589

REM A34: PROGRAMA DE REPARACIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD (PRAIS) 596

Sección A: Acreditación PRAIS 597
Sección A.1: Atención para acreditación PRAIS 597
Sección A.2: Acreditación PRAIS según Ley, Normativa y calidad de acreditación 598
Sección B: Ingresos y controles 599
Sección C: Evaluaciones 600
Sección D: Intervenciones 602
Sección D.1: Intervenciones individuales 602
Sección D.2: Intervenciones grupales 603
Sección E: Actividades en terreno en contexto del Plan Nacional de Búsqueda 604
Sección F: Otras actividades según profesional que las realiza 606
Sección G: Actividades de promoción y prevención de salud 607
Sección H: Actividades de coordinación y vinculación 608
Sección I: Rescate de personas Inasistentes 609

REM BS: PRODUCCIÓN HOSPITALARIA 611

REM B 612

REM B17: ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO 619

Secciones A - P 620
Sección Q: Actividades en Unidad de Farmacia Hospitalaria 620
Sección R: Otros traslados de pacientes 622

REM BM18-ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS MUNICIPALES) 624

Sección A: Exámenes de diagnóstico 625
Sección B: Procedimientos e intervenciones quirúrgicas de apoyo clínico y terapéutico 626
Sección C: Prescripciones administradas en urgencia 626
Sección D: Otros traslados de pacientes 627

BM-18A: LIBRO PRESTACIONES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS MUNICIPALES) 628

Sección A: Exámenes de diagnóstico y de imagenología 629
Sección B: Procedimientos e intervenciones quirúrgicas de apoyo clínico y terapéutico 629

REM D-15 PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC) 632

Sección A: Cantidad distribuida (Kg) a personas intrasistema 633
Sección B: PNAC- Número de personas intrasistema que retiran 634
Sección C: Cantidad distribuida (Kg) a personas extrasistema 636
Sección D: Número de personas extrasistema que retiran 637
Sección E: Existencia y movimiento total de productos 638

REM-D.16: PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM) 640

Sección A: PACAM- Cantidad distribuida (Kg) 641
Sección B: PACAM- Número de personas que retiran 642
Sección C: Existencia y movimiento de productos 643
Sección D: PACAM- Número de personas que retiran, pertenecientes al PRAIS (Incluidos en Sección B) 644

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS SERIE A -BM-BS 645

REFERENCIAS 647

INTRODUCCIÓN

Chile tiene una larga historia de estadísticas sanitarias, entre las que destacan las estadísticas de producción de actividades de los Establecimientos de salud pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y las estadísticas de población bajo control de los Programas de Salud, las que 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 2025-2026 son el resultado del trabajo coordinado y de mejora continua, que permiten contar con los registros necesarios para construir las estadísticas de salud que el sector necesita.

Para este período se ha revisado, adecuado y actualizado este instrumento a las necesidades de información más importantes para el sector, considerando las limitaciones que cualquier sistema de recolección de datos agrupados presenta 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.

Para esta actualización y en concordancia con la metodología establecida se realizó un proceso sistemático y ampliado de levantamiento de requerimientos de información desde todas las áreas técnicas de las diferentes Divisiones del Ministerio de Salud que han hecho uso de este instrumento, los que a su vez son quienes insuman las definiciones técnicas necesarias para la construcción de este manual.Esto permitió precisar las definiciones conceptuales, operacionales, acoplando las recomendaciones operativas a los procesos de trabajo e incorporando reglas explícitas de validación de datos.

Es importante destacar que el manual REM que se encuentra a disposición contiene las indicaciones de registro estadístico y no reemplaza, el uso de Orientaciones técnicas, Normativas, guías clínicas u otros documentos propios de cada área de interés.

Queremos agradecer a los profesionales, Referentes técnicos pertenecientes a las diferentes Subsecretarías, Divisiones y Departamentos de Salud Pública y Redes Asistenciales, así como a la red de Estadísticos y los Referentes de los Servicios de Salud y representantes del Nivel Primario (APS) de todo el país, por su contribución a la mejora y construcción de este manual.

SOBRE LA ESTRUCTURA DEL REM Y CÓMO USAR EL MANUAL

El presente Manual de Instrucciones de los Resúmenes Estadísticos Mensuales, correspondiente al periodo 2025-2026, está conformado por las series, que se 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

ALCANCE

Este manual se encuentra dirigido a Referentes técnicos de programas y estrategias de salud y estadísticos de:

- Red de Establecimientos de Salud.
- Servicios de Salud.
- Secretarías Regionales Ministeriales
- Ministerio de Salud.

RESPONSABILIDADES

Las responsabilidades que se declaran a continuación guardan relación con el uso de este manual y asociado al proceso de tributación al resumen estadístico.

Tabla de Responsabilidades según nivel

ACTORES	RESPONSABILIDADES
Departamento de Estadísticas e información en salud, Ministerio Salud.	▪ Diseñar, actualizar y difundir de las Series REM: Planillas y Manual. ▪ Centralizar la información provista por los Servicios de Salud. ▪ Coordinar con Unidades o Departamento de Estadística de los diferentes Servicios de Salud actividades para garantizar calidad y completitud de la información tributada por los establecimientos bajo su jurisdicción. ▪ Monitorear la información tributada por los Servicios de Salud, promoviendo la mejora continua. ▪ Coordinar con Unidades o Departamento de Estadística de los diferentes Servicios de Salud y referentes Ministeriales actividades de difusión de registros nuevos en diferentes Series.
Unidades o Departamentos de Estadística de los Servicios de Salud	▪ Velar por el cumplimiento de normativa vigente. ▪ Monitorear tributación de las series por establecimientos de salud bajo su jurisdicción, proporcionando retroalimentación a los establecimientos para mejorar la calidad de la información. ▪ Centralizar la información de diferentes establecimientos de su red y tributar a DEIS mediante uso de plataforma Ministerial. ▪ Difundir el uso del Manual dentro de su red de establecimientos y apoyo continuo para garantizar la correcta implementación y uso.
Unidades de estadística de los Establecimiento de salud	▪ Tributar la información en oportunidad y calidad del registro de datos de acuerdo con la normativa vigente, manteniendo estrecha comunicación con los Servicios de Salud. ▪ Los establecimientos de salud deberán validar sus datos previamente al proceso envío a Departamento o Unidades de Estadística del Servicio de salud. ▪ Los establecimientos de Salud son los responsables de hacer correcciones en oportunidad y calidad, en caso de ser requeridas en el proceso de acuerdo con el conducto regular establecido por cada Departamento o Unidad de Estadística de los Servicios de Salud. ▪ Difundir el uso de este manual dentro de su establecimiento.

GENERALIDADES SOBRE REGISTRO REM

Principios basales del registro estadístico

Para que se produzca un adecuado registro estadístico en REM, es necesario que se resguarden algunos aspectos fundamentales:

- **Principio de territorialidad:** la prestación y/o actividades se debe registrar donde esta se realiza, utilizando para ello los códigos provistos por el listado de establecimiento. Disponible en: https://deis.minsal.cl/#datosabiertos, los cuales se disponen de manera semanal.

- **Principio normativo:** Deben cumplir con el cuerpo normativo existente, vale decir para cargar un dato, este deberá cumplir con las definiciones conceptuales que subyacen a él.

- **Principio de temporalidad:** los registros deben ocurrir en el periodo en que se producen las actividades y se deben considerar en algunos casos las definiciones temporales de la sección.

- **Principio referido a la calidad:** Los registros deben ser revisados regularmente para identificar y corregir errores. Se deben implementar mecanismos de alerta temprana, antes de la entrega de los datos, al Servicio de Salud. Estas alertas reglas se pueden construir en conjunto con la unidad de estadística y unidades clínicas del Establecimiento de salud.

El cumplimiento del principio de calidad tiene los siguientes objetivos:

- Asegurar que los datos sean reportados en oportunidad.
- Asegurar que los datos ingresados en el REM (resumen estadístico mensual) sean correctos y reflejen fielmente las atenciones realizadas y los servicios prestados en el centro de salud.
- Evaluar la completitud y consistencia de los datos requeridos.

Principios relativos al registro clínico:

La Ficha Clínica es un instrumento que contiene datos sensibles y relevantes en Salud Pública, acerca de los procesos de atención clínica a las personas, incluye procedimientos, tratamientos, indicaciones y derivaciones.

El registro oportuno, preciso y completo en la Ficha Clínica, Historia Clínica Electrónica (HCE) y otros sistemas de información permite que los profesionales de salud dispongan de información confiable y actualizada para la toma de decisiones clínicas en atenciones presenciales y remotas asegurando la continuidad y calidad de la atención en salud.

El correcto y oportuno cierre de la ficha clínica cuando finaliza los procesos de atención además permite construir estadísticas de salud que son fundamentales para evaluar el rendimiento del sistema de salud.

Cada vez que no se cierra una Ficha Clínica, se impacta negativamente en la recopilación de los datos, porque se impide las extracciones de los sistemas estadísticos.

Por lo tanto, aquellas fichas clínicas que no finalicen la atención, en la extracción estadística, los sistemas podrían no considerar estos datos en el resumen mensual.

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 el Ministerio de Salud. 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 N° 1 del año 2005: Consultorios sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, 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 y comunitario 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 de Establecimientos de Salud del Sector público.
- **SERIE BS:** Para efectos de producción hospitalaria.

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)

Son las personas reconocidas por el estado de Chile como víctimas de delitos de lesa humanidad ocurridos entre el 11 de septiembre de 1973 y el 10 de marzo de 1990, a los cuales el Sistema de Salud pública en su conjunto debe atender oportunamente para mitigar las secuelas en la salud provocadas por estos hechos.

Se registran todas aquellas prestaciones que se realizan en la Red de salud a las personas usuarias PRAIS, que se identifican con la Credencial PRAIS y/o con la Marca PRAIS en sistema Front FONASA y/o en registro de la previsión el sistema informático del establecimiento.

El equipo especializado PRAIS según Norma Técnica N° 88 en Dispositivos PRAIS(1), con atención a personas acreditadas, registra sus atenciones en el REM A34, quienes deben hacer el registro de estas prestaciones, según su código DEIS.

Otros/as profesionales del equipo PRAIS en Dispositivos PRAIS, con atención a personas acreditadas, continuarán registrando sus prestaciones en REM habituales consignando el código DEIS asignado a su equipo.

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 solo 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.

Por lo que, quien debe registrar en la variable venta, es el establecimiento que ejecuta la producción, dado que es quien realiza la actividad, no el que realiza la compra.

Información para Registrar en Estrategias Comunales

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

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 SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil:

El Servicio Nacional de Menores (SENAME) y Servicio de Reinserción Social Juvenil son organismo del Estado que depende del Ministerio de Justicia y Derechos humanos. Ambos servicios coexistirán durante los años 2024 y 2025 hasta que en el año 2026 se logre el traspaso del Servicio Nacional de Menores (SENAME) a Servicio de Reinserción Social Juvenil en todo el territorio nacional.

El Servicio de Reinserción Social Juvenil tiene como objetivo administrar e implementar medidas y sanciones contempladas por la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, ley N°20.084(2)(2), mediante el desarrollo de programas que contribuyan al abandono de conducta delictiva, a la integración social y a la implementación de políticas de carácter sectorial.

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)

El Programa de Protección Especializada a la es una entidad dependiente del Ministerio de Desarrollo Social que tiene por objetivo garantizar la protección de niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos, entendida como el diagnóstico especializado, la restitución de los derechos, la reparación del daño producido y la prevención de nuevas vulneraciones. Se crea como servicio a partir del 5 de enero 2021, pero comienza su operación el 1 de octubre de 2021.

Los programas de SPE pueden ser Residenciales, o Ambulatorios.

Información Pueblos Indígenas u Originarios en Chile

A continuación, se detalla información de relevancia para Registrar Pueblos Indígenas u Originarios en Chile.

Información para registrar:

Los pueblos indígenas 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 (Ley 19.253(3), Norma Técnica 820 de Estándares de Información en Salud, Decreto Supremo N° 231 de 2023 de MINSAL(4).

Se considera la conciencia de la propia identidad indígena como parte del derecho fundamental a la autodeterminación, en conformidad a lo dispuesto en el Convenio N° 169 de la OIT (Decreto Supremo N° 236 de 2008, Chile)(5).

En cuanto a la captura de la información de la variable pueblos indígenas, esta se realiza por medio 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:

Tabla. Categorías Variable Pueblos indígenas u originarios

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

El pueblo Selk'nam deberá ser registrado como "Otro", indicando el nombre del pueblo originario.

En el caso de menores de edad, la pertenencia a un pueblo indígena u originario será informada por su madre, padre o el adulto responsable.

Decreto 21, Reglamento sobre el derecho a recibir atención de salud con pertinencia cultural (diciembre, 2023) del Ministerio de Salud.

Mediante este decreto, se establece definiciones y alcances sobre lo siguientes ámbitos; Pueblos Indígenas, Territorio de alta concentración de población indígena, Sistemas de Sanación Indígenas, Asistencia Espiritual, Modelo de Salud Intercultural, Atención con Pertinencia Cultural, Prestador Institucional, Facilitador Intercultural y Factores de riesgo específicos.

Información para Registrar de Migrantes

Se considera como persona migrante, toda persona que registra nacimiento fuera Chile y nacionalidad diferente a la chilena. Todas las niñas y niños nacidos en Chile tienen nacionalidad chilena.

Otras definiciones complementarias:

- **Nacionalidad**: puede ser originaria o adquirida. Una persona puede tener más de una nacionalidad. En el caso de que tenga más de una nacionalidad, se debe consignar la que la persona señale. Sin embargo, si una de las nacionalidades es chilena, esta es la que se debe consignar, mientras se encuentre en territorio nacional.

GLOSARIO

AABR: automated auditory brainstem response.

ACV: Ataque Cerebrovascular.

AgsHB: antígeno de superficie para Hepatitis B.

ALE: Acelerador lineal de electrones.

+AMA: Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

APS: Atención primaria en Salud.

APGAR: "Aspecto, Pulso, Irritabilidad (del inglés Grimace), Actividad y Respiración."

ARO: Alto Riesgo Obstétrico.

ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.

ATM: Articulación temporo mandibular.

AATT: Ayudas técnicas.

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

AVD: actividades de la vida diaria.

AVI: asistencia ventilatoria invasiva domiciliaria en niños.

AVIA: Asistencia ventilatoria invasiva domiciliaria en adultos.

AVNIA: Asistencia Ventilatoria no Invasiva en Adultos

AVNI: Asistencias Ventilatoria no invasiva.

BAC: Búsqueda activa comunitaria.

BAI: Búsqueda activa institucional.

BS: Banco de Sangre.

CAE: Consultorio adosado de Especialidades.

CAPE-15: Community Assessment of Psychic Experiences–Positive.

CDL: Consejo de desarrollo local.

CDT: Centro de diagnóstico terapéutico.

CESFAM: Centro de salud Familiar.

CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar.

Ceo-D: promedio de dientes cariados, extraídos, y obturados en dientes temporales.

CENABAST: Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

CHCC: Chile Crece Contigo.

CIF: Clasificación internacional de funcionamiento.

CIRA: Consejo integrado de la red asistencial en salud.

COP-D: promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.

COSAM: Centro Comunitario de Salud Mental.

COSOC: Consejo de la Sociedad Civil.

CPIA: Comité de Protección de Infancia y Adolescencia.

CRAFFT:"Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble", es un instrumento de pesquisa para evaluar el riesgo de consumo problemático, abuso o dependencia de alcohol y otras drogas.

CSI: Control de Salud infantil.

C-SSRS: Columbia, Escala de severidad Suicida.

DAU: Dato de Atención de Urgencia.

DAM: dispositivo ortopédico de avance mandibular.

DFL: Decreto con fuerza de Ley.

DIU: Dispositivo intrauterino.

DLC: Displasia Luxante de Caderas.

DOF: Dolor Orofacial.

DSM: Desarrollo Psicomotor.

ECICEP: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas.

EDI: Evaluación diagnóstica integral.

EEDP: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor.

EEPS: Establecimientos de Educación Promotores de Salud.

EGB: Estreptococcus Grupo B.

EICHT: Enfermedad injerto contra huésped postransfusional.

EHI: Encefalopatía hipóxico-isquémica.

ELA: Esclerosis lateral amiotrófica

ELEAM: Establecimiento de larga estadía de adultos mayores.

EM: Esclerosis múltiple.

EMP: Examen Medicina Preventiva.

EMPAM: Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor.

ENM: Enfermedad neuromuscular.

ENT: Enfermedades no Transmisibles.

EOAs: Emisiones Otoacústicas.

EP: Enfermedad de Parkinson.

EPB: Examen periodontal Básico.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

ESI: Emergency severity index.

EZA: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit Abreviado.

FFOO: Farmacopea Farmacéutica Oficinal Oficial.

FOFAR: Fondo de Farmacia.

FSH: hormona folículo estimulante.

GDS-15: Geriatric Depression Scale.

GES: Garantía explícita en salud.

GHQ-12: General Health Questionaire.

GNC: género no conforme.

HC: Hipotiroidismo Congénito.

HD: Hospital Digital.

HELLP: Hemólisis, Enzimas Hepáticas Elevadas y Plaquetopenia.

HTLV: Human T-cell Lymphotropic Virus.

IA: inteligencia artificial.

IAM: Infarto agudo al miocardio.

ICC: Insuficiencia Cardiaca Congestiva.

IFI: Inmunofluorescencia Indirecta y/o Western Blot.

IMC: índice de masa corporal.

ISP: Instituto de salud Pública.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

IVADEC: Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad.

IVE: Interrupción Voluntaria del embarazo.

JUNJI: Junta Nacional de Jardines Infantiles

LGBTIQ+: lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual y queer.

LME: Lactancia Materna exclusiva.

LTPS: Lugares de Trabajo Promotores de Salud.

MAC: Método anticonceptivo.

MADIS: Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil.

MAI: Modalidad de atención institucional.

MAIS: Modelo de Atención Integral en Salud familiar y comunitaria.

MHA-TP: Micro Hemagglutination Assay for antibodies to Treponema pallidum.

MINEDUC: Ministerio de Educación.

MLE: Modalidad libre elección.

MPI: medicamentos potencialmente inapropiados.

MRS: Menopause Rating Scale.

NANEAS: Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud.

NNA: Niños, Niñas y adolescentes.

NNAJ: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

LCR: Líquido Céfalo Raquídeo.

OIM: Organización Internacional para las Migraciones.

OIRS: Oficinas de información, reclamos y sugerencias.

OLN: Oficina Local de Niñez, MIDESO.

OMS: Organización Mundial de Salud.

OT: Orientación técnica.

PACS: Picture Archive Comunication Systems.

PACTO: Programa de Acompañamiento y Cuidado a Personas Víctimas de Trauma Ocular

PAP: Papanicolaou.

P.A.P: Primera Ayuda Psicológica.

PADDS: Programa de Atención Domiciliaria en pacientes con Dependencia Severa.

PAIG: Programa Apoyo a la Identidad de Género.

PASMET: Programa de Acompañamiento de Salud Mental por Telemedicina.

PASMI: Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil.

PCD: Personas con Discapacidad.

PCR: Reacción de la Polimerasa en Cadena.

PDE: profesional de enlace.

PE: Preeclampsia.

PEATC: Potenciales evocados auditivos del tronco cerebral.

P.E.S.P.I: Programa Especial de salud y Pueblos Indígenas.

PHQ-9: Patient Health Questionnaire.

PIE: Programa de Integración Escolar.

PKU: Fenilquetonuria.

POCUS: *point-of-care ultrasonography*.

PRAIS: Programa de Reparación y Atención Integral en Salud.

PRAPS: Programa de resolutividad de Atención Primaria en salud.

PRM: Problemas relacionados con medicamentos.

PSC-17: Pediatric Symptom Checklist.

PSC-Y: Pediatric Symptom Checklist para adolescentes

PSCV: Programa de Salud cardiovascular.

PPV: Pago por prestaciones valoradas.

PTV: Protocolo transmisión vertical.

RAM: Reacciones Adversas a Medicamentos.

RAT: Reacciones Adversas a la Transfusión.

RBC: Rehabilitación basada en la Comunidad.

RCIU: Retardo Crecimiento Intrauterino.

REPS: Procedimiento endodóntico regenerativo.

RI: Rehabilitación integral.

RNM: Resultados negativos asociados a la medicación.

RN: Recién nacido.

RND: Registro nacional de Discapacidad.

RPR: Rapid Plasma Reagin.

RR: Rehabilitación rural.

RRV: Reacción vasovagal.

SADU: Sistema de Atenciones Diarias de Urgencia.

SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia.

SAR: Servicio de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolución.

SENDA: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

SIC: Solicitudes de interconsultas.

SIGTE: Sistema de Gestión de tiempos de espera.

SIRH: Sistema de información de recursos humanos.

SHE: Síndrome Hipertensivo del Embarazo.

SNC: Sistema Nervioso central.

SNSS: Servicio Nacional de Salud.

SPE: Servicio de protección Especializada.

SRDM: Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo.

SOME: Servicio de Orientación Médico Estadístico.

SS: Servicios de salud.

SUR: Servicio de Urgencia Rural.

TAAN: técnicas de amplificación de ácidos nucleicos.

TAR: tratamiento antirretroviral.

TCOC: Telecomité Oncológico Central.

TEC: Traumatismo encéfalo craneano.

TEPSI: Test de Desarrollo Psicomotor.

TEPT: Trastorno de Estrés postraumático.

THM: Terapia hormonal para la menopausia.

TNEP: Taller Nadie Es Perfecto.

TTM: Trastornos Temporomandibulares.

TRALI: Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión.

UCI: Unidad de cuidados intensivos.

UEH: Unidad de Emergencia Hospitalaria.

UAPO: Unidad de atención primaria Oftalmológica.

UGCC: Unidad de Gestión Centralizada de Camas.

UHD: Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

UMT: Unidad de Medicina Transfusional.

UPC: Unidad de Paciente Crítico.

UTT: Unidad de terapia transfusional.

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.

VIH: Virus de inmunodeficiencia adquirida.

REM 2025-2026
SERIE A

REM A01: CONTROLES DE SALUD

Secciones REM A.01

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 en sección B).

Sección E: Controles de salud individuales en establecimientos educacionales.

Sección F: Controles integrales de personas con condiciones crónicas (incluidas en secciones B y C).

Sección G: Programa de cáncer de cuello uterino: PAP tomados e informados según resultados y rango etario (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS)

Sección G.1: Programa de cáncer de cuello uterino: Resultados de PAP informados según rango etario (Exámenes analizados en laboratorios de la red pública, uso exclusivo de laboratorios que procesan)

Sección G.2: Programa de cáncer de cuello uterino: Resultados de PAP informados según rango etario (Exámenes analizados en laboratorios de extrasistema, uso mandante)

Sección H: Programa de cáncer de cuello uterino: VPH tomados e informados según resultados y rango etario (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS)

Sección H.1: Programa de cáncer de cuello uterino: resultados de VPH informados según rango etario (Exámenes analizados en laboratorios de la red pública, uso exclusivo de laboratorios que procesan)

Sección H.2: Programa de cáncer de cuello uterino: Resultados de VPH informados según rango etario (Exámenes analizados en laboratorios de extrasistema, uso del mandante).

Este REM hace referencia a Controles de Salud, que corresponden 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.

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 con 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 los 42 días después del parto, con el fin de detectar factores de riesgo biopsicosocial. Incluye la atención que se realiza a la mujer o persona puérpera cuando acude sola a control, en la eventualidad que el recién nacido (RN) se encuentre hospitalizado, el RN haya sido institucionalizado o RN con tuición de otro cuidador.

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 con 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 con 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 Matrón(a) o médico(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, recién nacido institucionalizado o RN con tuición de otro cuidador.

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, recién nacido institucionalizado o RN con tuición de otro cuidador.

Control Ginecológico: Atención de salud ginecológica integral, proporcionada a las mujeres a lo largo de su ciclo vital 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 40 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, profesional Médico o Matrón(a), rango etario definido y por sexo, además registrar las variables de caracterización de la población: pueblos originarios, migrantes, personas con discapacidad e identidad de género (trans y no binarie).

También se deben registrar en los controles según corresponda las variables: Control con pareja, familiar u otro, Control de diada con presencia del padre, Espacios Amigables/ Adolescentes, Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, Servicio nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia; y Adolescente acude a control MAC con pareja.

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 el control en período 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 mayor a 22 semanas, etc., se debe registrar en sección A, como control post parto no corresponde a control con díada. En caso de pérdida reproductiva menor a 22 semanas, la atención se debe registrar en control post aborto.

Si al primer control asiste la madre con un recién nacido, se debe registrar como 1 control puérperas con recién nacido y 1control de salud menor de 1 mes sección B. Ejemplo: Madre con parto simple, se registra 1 control puérpera con recién nacido y 1 control de salud menor 1 mes sección B.

Si al primer control asiste la madre con más de un recién nacido (parto múltiple), se debe registrar como 1 control puérpera y recién nacido y tantos controles de salud menor de 1 mes sección B como hijas/os múltiples sean. Ejemplo: Madre con parto gemelar, se registra 1 control puérpera con recién nacido y 2 controles de salud menor de 1 mes sección B.

Si el primer control se otorga sólo al recién nacido (RN asiste sin su madre, con otro cuidador principal en casos de madre hospitalizada, recién nacido institucionalizado o RN con tuición de otro cuidador) se debe registrar 1 control de recién nacido (sección A) y 1 control de salud menor de 1 mes sección B.

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

En la columna Persona con discapacidad: se debe registrar según la siguiente definición Persona 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).

Para la columna Adolescente acude a control MAC con pareja: corresponde registrar los controles de regulación de fertilidad de adolescentes, que cuentan con la participación de la pareja, de manera de vigilar la corresponsabilidad requerida en los cuidados de salud sexual y reproductiva.

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: La sumatoria de lo declarado en las atenciones de “control de salud de puérpera con RN menor de 10 días” y “control de salud de puérpera con recién nacido entre los 11 y 28 días de vida, puede ser menor a lo declarado en el REM A05, sección E.

Sección B: Controles de Salud según Ciclo Vital

Definiciones conceptuales

Control de salud: Corresponde a las atenciones realizadas a los individuos desde recién nacidos 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 rango 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 consistencia

R.1: Si existen controles de salud en el rango etario de 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(6). Los controles de salud por profesional a NANEAS, deben registrarse y estar contenidos en REM A01 Sección B.

Definiciones operacionales

Se registra el número de controles efectuados, desagregados según el rango etario 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.

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, independientemente de previsión de salud. Es decir, se registran tanto los controles realizados a beneficiarios FONASA, como los realizados a adolescentes que pertenecen a otros sistemas previsionales. Se deben desagregar según sexo, pueblos originarios, migrantes niños, niñas y jóvenes, del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenily 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 individuales en establecimientos educacionales

Definiciones conceptuales

Control de Salud Escolar: Corresponde a las atenciones de salud realizadas por enfermera/o en establecimientos escolares en forma individual, dividiéndose por sexo (hombre y mujer) y por curso. Se deben registrar todos los controles realizados en esos niveles.

Gestión de Casos: se refiere a problema de salud que requiere derivación por uno o más pesquisas detectadas en el control de salud Escolar, junto a su seguimiento liderado por profesionales de la salud.

Total de gestionados: corresponde al total de casos gestionados de niños que fueron pesquisados con riesgo en control de salud escolar.

Pesquisados con riesgo: corresponde a los niños que se les detectó uno o más riesgos y requieren de gestión de su caso posterior al control de salud en establecimientos educacionales.

Intervenciones educativas: Prestaciones de Educación para la Salud por profesionales sanitarios en necesidades reconocidas y /o sentidas por las comunidades educativas, a través de un diagnóstico participativo.

Diagnóstico participativo: Es un proceso de levantamiento de necesidades, problemáticas y opiniones de las y los usuarios; para luego desarrollar acciones y estrategias que aborden la problemática educativa planteada.

Número de problemáticas intervenidas: Se refiere a los problemas identificados en el diagnóstico participativo, que pueden ser más de una, incluso corresponder a problemáticas por nivel o curso, por lo que guía el trabajo a realizar en las intervenciones educativas.

Intervención educativa finalizada: Proceso de intervención educativa finalizada de acuerdo con la planificación por cada establecimiento educativo que provienen del diagnóstico participativo.

Total de establecimientos educacionales: Corresponde al total de establecimientos educativos planificados e intervenidos de acuerdo a lo convenido previamente entre ellos y los establecimientos de salud de su comuna.

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 o de kínder a cuarto básico, en base a controles de salud realizados en el establecimiento educacional. Este control es efectuado de manera individual

Total: Número de controles de salud escolar realizados separado por nivel de kínder a cuarto básico. Se desagrega en hombre y mujer. Si el/la niño/a pertenece a otro centro de salud en la misma comuna u otra el registro en REM corresponde al establecimiento que realizó la prestación.

Total casos gestionados: Se registra número de casos gestionados que recibieron al menos la 1º consulta requerida de 1 condición de salud. Está contenido en el total (hombres/mujeres).

Pesquisados con riesgo: número de casos que fueron pesquisados en el control de salud escolar y requieren ser gestionados por el equipo de salud. Está contenido en el total (hombres/mujeres).

Intervenciones educativas:

Diagnóstico participativo: Se registra el número de diagnósticos participativos planificados y realizados en cada establecimiento educativo de la comuna. Este número está contenido en el total de establecimientos educacionales y no debe ser superior a ese número.

Número de problemáticas intervenidas: Cantidad de problemas identificados en el diagnóstico participativo, que contienen entre 1 a 3 sesiones educativas cada una. Las problemáticas intervenidas deben ser igual al número de intervención finalizada.

Intervención educativa finalizada: Se considera la cantidad de intervenciones educativas planificadas e implementadas con el establecimiento educacional. Este número puede ser igual o superior al total de establecimientos educacionales.

Total de establecimientos educacionales: Se considera el número total de establecimientos coordinados e intervenidos.

Reglas de consistencia

R.1: Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de red SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil y Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, deben ser menores o iguales al total.

R.2: Los controles de salud individuales deben estar contenidos en la sección B del REM A01.

Sección F: Controles Integrales de personas con condiciones crónicas.

Definiciones conceptuales

El control integral es una actividad presencial proporcionada a las personas y su familia, realizada por un profesional médico o no médico del equipo de salud con la finalidad de realizar seguimiento del estado de salud, las condiciones familiares, psicosociales y al plan de cuidados integral consensuado. Es una prestación que se orienta al acompañamiento de la trayectoria de salud y que debe incorporar los principios irrenunciables del MAIS de centralidad en la persona, continuidad del cuidado e integralidad.

Luego del ingreso integral, la persona seguirá en controles integrales con algún profesional médico o no médico del equipo de salud para acompañar los avances del plan de cuidado integral consensuado y la evolución de sus condiciones crónicas y otras dimensiones relevantes.

Un control integral debe considerar los siguientes aspectos mínimos para que este tribute como tal:

- Revisión y actualización del plan de cuidados integral consensuado.
- En personas con riesgo alto (G3) y moderado (G2), evaluar si se beneficiase de ingresar a Gestión de acompañamiento.
- Revisión de adherencia al tratamiento.
- Diagnósticos nuevos.
- Bienestar

Otros aspectos del control integral:

- Anamnesis.
- Examen físico.
- Incluye aspectos de antropometría, toma de signos vitales, revisión de exámenes, aplicación de pautas (si corresponde),
- Resultados de procedimientos diagnósticos y de exámenes.
- Solicitud de medios diagnósticos.
- Tratamientos farmacológicos actualizado y registro de reacciones adversas a medicamentos.
- Registro de consejo breve en tabaco o alcohol.
- Solicitud de interconsultas.

Estas personas están bajo control en algunos de los programas de salud (PSCV crónicos, salud mental, salud respiratoria, salud bucal, u otros), por lo tanto, los controles integrales tributados en la Sección F están contenidos en otras secciones de la Serie A como lo indica la regla de consistencia.

Seguimiento a distancia: Corresponde al cuidado de la salud apoyado por el uso de tecnologías móviles como teléfonos u otros dispositivos inalámbricos. Es una herramienta práctica, útil y disponible para la comunicación unidireccional (desde el equipo de salud a las personas que no están en gestión de acompañamiento) o bidireccional (si es parte de la gestión de acompañamiento). Tiene por objeto proveer apoyo, fortalecer la percepción de autoeficacia y hacer seguimiento del cumplimiento del plan de cuidado integral consensuado y ajustes al mismo si fuera necesario y se considera una acción complementaria a la atención presencial.
El seguimiento a distancia es una actividad que debe estar presente en las personas ingresadas a la ECICEP que lo requieran y que podrían beneficiarse de esta actividad, según la frecuencia acordada durante el plan de cuidado integral consensuado.

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:

- **Sin Riesgo (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.

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 REM A06 sección A.1, en REM A09 Sección A y en REM A23 Sección E.

Sección G: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: PAP tomados e informados según resultados y rango etario. Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS

Definiciones conceptuales

Esta sección detalla la distribución de citologías de PAP (no mujeres) tomadas e informadas en el mes anterior, según resultados (normales, inadecuados, atípicos y positivos) y rango etario.

La información primaria es administrada por los Laboratorios de Citopatología que procesan los PAP de su Servicio de Salud. Estos son los que registran en Citoweb u otro sistema los datos necesarios para la construcción de este registro.

Sin embargo, en esta sección, son los establecimientos que toman los exámenes de PAP (APS) quienes deben informar estos registros en el establecimiento donde funcionan.

Definición operacional

Corresponde registrar el total de PAP tomados e informados, dentro de establecimientos de atención primaria, según corresponda. (es de uso de los establecimientos APS).

Reglas de consistencia

R.1 El total de tamizajes realizadas en transmasculino no debe ser superior al del total de PAP.

Sección G.1: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: resultados de PAP informados según rango etario. Exámenes analizados en los laboratorios de la red pública, uso exclusivo laboratorios que procesan

Definiciones conceptuales

Esta sección detalla los resultados de citologías de PAP (no mujeres) informadas en el mes anterior, según resultados (normales, inadecuados, atípicos y positivos) y rango etario.

La información primaria es administrada por los Laboratorios de Citopatología que procesan los PAP de su Servicio de Salud. Estos son los que registran en Citoweb u otro sistema los datos necesarios para la construcción de este registro. El llenado de esta sección corresponde a los laboratorios de citopatología con toda la producción de exámenes procesados, es decir, tanto citologías tomadas en la red de establecimientos de APS como las tomadas en los niveles de especialidad, del establecimiento hospitalario.

Definiciones operacionales

PAP INFORMADOS SEGÚN RESULTADO: Corresponde registrar el total de PAP informados según resultado y rango etario, realizados dentro de establecimientos reconocidos como red pública. El registro en esta sección lo realizan los laboratorios de citopatología (hospitalarios).

Reglas de consistencia

El total de tamizajes realizadas en transmasculino no debe ser superior al del total de PAP.

Sección G.2: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: resultados de PAP informados según grupos de edad. Exámenes analizados en extrasistema, uso mandante

Definiciones conceptuales

Esta sección detalla los resultados de citologías de PAP (no mujeres) informadas en el mes anterior, según resultados (normales, inadecuados, atípicos y positivos) y rango etario. La información primaria es administrada por los Laboratorios de Citopatología privados que procesan los PAP en modalidad compra de servicios. El llenado de esta sección corresponde a los mandantes, es decir, los establecimientos de atención primaria que toman la citología y el procesamiento de estas lo realizan en modalidad compra de servicio a laboratorios privados. Si la compra de servicios ocurre a nivel de servicio de salud, los referentes de servicio deberán proveer de la información a los niveles locales.

Definiciones operacionales

PAP INFORMADOS SEGÚN RESULTADO: Corresponde registrar el total de PAP informados según resultado y rango etario del mes anterior. El registro en esta sección lo realizan los establecimientos de atención primaria que toman la citología cuando el procesamiento ocurre en modalidad compra de servicio por laboratorios privados.

En esta sección No corresponde reportar PAP de usuarias que llegan a control con su examen de extrasistema, ya que no son producción institucional.

Reglas de consistencia

R.1 El total de tamizajes realizadas en transmasculino no debe ser superior al del total de PAP.

Sección H: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: VPH tomados e informados según resultados y rango etario (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS)

Definiciones conceptuales

Esta sección detalla la distribución de resultados de VPH (no mujeres) tomados e informados durante el mes anterior, realizados en el sistema público según resultados: VPH (-), VPH 16 (+) VPH 18 (+), VPH AR (+) y rango etario.

Autotoma de VPH: Corresponde al método de tamizaje realizado por la persona usuaria, donde se obtiene una muestra vaginal para determinar la presencia del virus papiloma humano. Se debe registrar los resultados de los Kit entregados por el centro de salud.

La Información es administrada por los Cito-laboratorios y laboratorios de Biología Molecular del hospital de referencia de dicho servicio de salud que procesan el Examen de VPH. Estos son los que registran en Citoweb u otro sistema los datos necesarios para la construcción de este registro. Sin embargo, son los establecimientos que toman los exámenes de VPH (APS) quienes deben informar estos registros en el establecimiento donde funcionan.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar el total tanto de exámenes como de resultados de VPH tomados e informados dentro de establecimientos de atención primaria, según rango etario, en la red pública (es de uso de establecimientos APS)

Total examen VPH convencional informado: Corresponde al total de exámenes VPH tomados e informados (no resultados) en establecimientos de APS toma por profesional, independiente del o los resultados obtenidos. Es decir, un examen por mujer tamizada con VPH. Se trata de obtener los datos de producción de exámenes de VPH toma convencional.

Resultados de VPH convencional informados: Corresponde registrar el total de resultado de VPH tomados e informados según rango etario y tipo (negativos, positivos), en establecimientos de APS toma por profesional.

Total examen VPH autotoma informado: Corresponde al total de exámenes VPH tomados e informados (no resultados) en establecimientos de APS **modalidad autotoma**, independiente del o los resultados obtenidos. Es decir, un examen por mujer tamizada con VPH autotoma. Se trata de obtener los datos de producción de exámenes de VPH modalidad autotoma.

Resultados de VPH autotoma informados: Corresponde registrar el total de resultados de VPH tomados en modalidad autotoma e informados según rango etario y tipo (negativos, positivos), en establecimientos de APS.

La profesional Matrona (ón) encargada del programa de Cáncer Cervicouterino del centro de atención primaria es responsable de revisar la información antes de ser enviada al Servicio de Salud.

Total de exámenes tamizaje priorizado: corresponde registrar el total de exámenes de tamizaje VPH realizado en el grupo de 35 a 45 años, en la celda de desagregación por grupo etario de 45 a 49 años, solo se debe registrar el grupo de 45 años

Reglas de consistencia

R.1. El total de VPH informados en transmasculino no debe ser superior al total de resultados.

R.2. La sumatoria de las cuatro columnas de Resultados de VPH convencional puede ser igual o superior a Total examen VPH convencional informado.

R.3. La sumatoria de las cuatro columnas de Resultados de autotoma de VPH puede ser igual o superior a Total examen VPH autotoma informado

Sección H.1: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: VPH informados, según rango etario (exámenes analizados en laboratorios de la red pública, uso laboratorios que procesan)

Definiciones conceptuales

Esta sección detalla la distribución de exámenes procesados en el mes anterior en el sistema público, que tienen sus resultados informados: VPH (-), VPH 16 (+) VPH 18 (+), VPH AR (+) y rango etario.

La Información es administrada por los Cito-laboratorios y laboratorios de Biología Molecular del hospital de referencia de dicho servicio de salud que procesan el Examen de VPH. Estos son los que registran en Citoweb u otro sistema los datos necesarios para la construcción de este registro. El llenado de esta sección corresponde a los laboratorios de citopatología con toda la producción de exámenes procesados, es decir, tanto VPH tomados en la red de establecimientos de APS como en los niveles de especialidad, del establecimiento hospitalario.

Definiciones operacionales

Total, de exámenes procesados: corresponde registrar al total de exámenes procesados con independencia del resultado.

Resultados de VPH informados: Corresponde al total de resultados de VPH informados para la red pública, ya sea por toma convencional o autotoma, según rango etario y tipo (negativos, positivos)

Total examen VPH autotoma informado: Corresponde al total de exámenes VPH tomados e informados (no resultados) **modalidad autotoma**, independiente del o los resultados obtenidos. Es decir, un examen por mujer tamizada con VPH autotoma. Se trata de obtener los datos de producción de exámenes de VPH procesados modalidad autotoma.

La/el profesional Matrona (ón) encargada del programa de Cáncer Cervicouterino del centro de atención primaria es responsable de revisar la información antes de ser enviada al Servicio de Salud.

Total de exámenes tamizaje priorizado: corresponde registrar el total de exámenes de tamizaje VPH realizado en el grupo de 35 a 45 años, en la celda de desagregación por grupo etario de 45 a 49 años, solo se debe registrar el grupo de 45 años.

Reglas de consistencia

R.1. El total de VPH informados en transmasculino no debe ser superior al total de resultados.

R.2. El total examen VPH autotoma informado no debe ser superior al total de resultados.

Sección H.2: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: VPH informados según rango etario. Exámenes analizados en extrasistema, uso mandante

Definiciones conceptuales

Esta sección detalla los exámenes procesados en el mes anterior y de los resultados de VPH informados por los cito-laboratorios o de biología molecular privados que procesan los exámenes de VPH en modalidad compra de servicios, que tienen sus resultados informados, según: VPH (-), VPH 16 (+) VPH 18 (+), VPH AR (+) y rango etario.

La información primaria es administrada por los cito-laboratorios o de biología molecular privados, que procesan los exámenes de VPH en modalidad compra de servicios. El llenado de esta sección corresponde a los mandantes, es decir, los establecimientos de atención primaria que toman el examen cuyo procesamiento ocurre en modalidad compra de servicio a laboratorios privados. Si la compra de servicios ocurre a nivel de servicio de salud, los referentes de servicio deberán proveer de la información a los niveles locales.

Definiciones operacionales

Total, de exámenes procesados: corresponde registrar al total de exámenes procesados con independencia del resultado.

Resultados de VPH informados: Corresponde al total de resultados de VPH informados, ya sea por toma convencional o autotoma, según rango etario y tipo (negativos, positivos). El registro en esta sección debe ser realizado por los establecimientos de atención primaria que toman el examen cuyo procesamiento ocurre en modalidad compra de servicio por laboratorios privados.

Total, examen VPH autotoma informado: Corresponde al total de exámenes VPH tomados e informados (no resultados) modalidad autotoma, independiente del o los resultados obtenidos. Es decir, un examen por mujer tamizada con VPH autotoma. Se trata de obtener los datos de producción de exámenes de VPH procesados modalidad autotoma, por compra de servicios.

En esta sección No corresponde reportar VPH de usuarias que llegan a control con su examen de extrasistema, ya que no son producción institucional.

La/el profesional Matrona (ón) encargada del programa de Cáncer Cervicouterino del centro de atención primaria es responsable de revisar la información antes de ser enviada al Servicio de Salud.

Total de exámenes tamizaje priorizado: corresponde registrar el total de exámenes de tamizaje VPH realizado en el grupo de 35 a 45 años, en la celda de desagregación por grupo etario de 45 a 49 años, solo se debe registrar el grupo de 45 años.

Reglas de consistencia

R.1 El total de tamizajes realizadas en transmasculino no debe ser superior al del total de resultados de VPH informados.

R.2 El total examen VPH autotoma informado no debe ser superior al total de resultados.

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

SECCIONES DEL REM-A.02

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).

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.

El Examen de Medicina Preventiva (EMP), corresponde al examen de medicina preventiva que se realiza 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 en el Sistema Público, de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital, que se realizan de forma anual.

Definiciones operacionales

Se registrarán los EMP, según rango etario y 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 de EMP realizados y diferenciados por sexo debe ser consistente con el número total CRAFF para personas de entre 15 y 19 años y al Número total de la suma de AUDIT más ASSIST para mayores de 20 años, los cuales se registran en REM A03 sección D.1

R.2: 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 rango etario 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 estrategia 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 mm/Hg.

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

SECCIONES DEL REM-A.03

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 o riesgos biopsicosocial derivados a alguna modalidad de estimulación en la primera evaluación

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

Sección A.5: Tipo de alimentación 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 personas 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.6.1: Aplicación de escala de ZARIT abreviado en cuidadores de NANEAS

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 biopsicosocial infantil

Sección F: Tamizaje trastorno espectro autista (M-CHAT R/F) 16 a 30 meses

Sección F1: Sospecha de Trastorno de Espectro Autista en niños y niñas de 30 a 59 meses

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: Categorización de ingresos al Programa de Salud Mental en APS, según categoría de riesgo.

En este REM se registran los instrumentos aplicados a través de los controles preventivos de salud realizados en las diferentes etapas del curso de vida con el fin de detectar precozmente factores de riesgo, condiciones o problemas de salud que se pueden presentar en las personas.

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, debiendo aplicarse sin excepciones en los controles de 4, 12, 15, 21 y 24 meses 15 días.

Definiciones operacionales

Se deben registrar el número de Pautas Breves aplicadas, con sus resultados, que pueden ser normales o alterados, según rango etario 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 con 15 días y el Test de Evaluación Psicomotor (TEPSI) a niños y niñas de 2 a 5 años durante el control de salud infantil, realizado por profesional de enfermera(o), que permite identificar a niños y niñas que presenten alteración (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 del desarrollo psicomotor realizadas con instrumentos (EEDP o TEPSI) en grupos de edad priorizados, todos los niños y las niñas que reciben controles de salud, incluyéndose aquellas evaluaciones que provengan de una pauta breve alterada. 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 (EEDP y TEPSI) realizada a niños y niñas, que fueron detectados con alteración 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 (MADIs).

Es importante considerar que 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 a aquellos que fueron diagnosticados en el nivel secundario con patologías base.

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 o Riesgo Biopsicosocial 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 subáreas 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 subáreas 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.
- **Normal con Riesgo Biopsicosocial:** 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 biopsicosocial infantil presenta, riesgo 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 factores de riesgos biopsicosocial 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 riesgo biopsicosocial 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)

R.5: El registro de Migrantes y Pueblos Originarios debe ser menor o igual al total Ambos Sexos.

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.

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

Sección A.5: Tipos de alimentación 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 pudiendo presentar algunas de las siguientes opciones:

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. La alimentación en base a LME se puede presentar en diferentes meses de edad, siendo además un tipo de alimentación que se puede recuperar.

Lactancia Materna más 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 debiendo incluir otros líquidos (ni siquiera agua) o sólidos, 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 debiendo incluir 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 Alimentación Complementaria (LM/AC): consiste en la alimentación que recibe el lactante mayor de 6 meses con ingesta de Lactancia Materna (100% como aporte lácteo) y alimentación complementaria (independientemente que sea almuerzo solamente o almuerzo y cena).

Lactancia Materna más Fórmula Láctea más Alimentación Complementaria (LM/FL/AC): 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 (FL/AC): 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).

El tipo de alimentación, principalmente láctea, que presentan los niños y niñas controlados, se debe registrar en los siguientes controles de salud:

- **Diada hasta los 10 días de vida (control ideal):** se registra el tipo de alimentación de niños y niñas hasta los 10 días de vida, controlados en la atención primaria de salud por matrón(a) o médico(a).

- **Diada hasta los 11 y 28 días de vida (control tardío):** se registra el tipo de alimentación de niños y niñas entre los 11 y 28 días de vida, controlados en la atención primaria de salud por matrón(a) o médico(a).

- **Control del 1° mes:** se registra el tipo de alimentación de niños y niñas entre los 29 días y 1 mes con 20 días de vida (o edad corregida en el caso de prematuros) controlados en la atención primaria de salud por médico(a).

- **Control del 3° mes**: se registra el tipo de alimentación de niños y niñas entre los 2 meses y 21 días y 3 meses con 20 días de vida (corregido en prematuros) controlados en la atención primaria de salud por enfermero(a) o médico(a).

- **Control del 6° mes: se** registra el tipo de alimentación de niños y niñas entre los 5 meses y 16 días y 6 meses con 15 días de vida controlados en la atención primaria de salud por enfermero(a) o médico(a). 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 complementaria, ni la introducción de fórmula láctea, independiente del tipo de alimentación o edad con la que llegue al control.

- **Control del 12° mes:** se registra el tipo de alimentación de niños y niñas entre los 11 meses y 21 días y 12 meses con 20 días (corregido en prematuros) controlados en la atención primaria de salud por enfermero(a) o médico(a).

- **Control del 24° mes:** se registra el tipo de alimentación de niños y niñas entre los 23 meses y 21 días y 24 meses con 20 días de vida (corregido en prematuros) controlados en la atención primaria de salud por enfermero(a) o médico(a).

Población Migrante: corresponde a la población infantil cuya nacionalidad es distinta a la chilena. Cabe señalar que los hijos de migrantes nacidos en Chile tienen nacionalidad chilena.

Definiciones operacionales

En esta sección, se registra el tipo de alimentación que presentan los niños y niñas que asisten a control programático de: diada, un mes, tres meses, seis meses, doce meses y veinticuatro meses de edad, segregados por sexo.

Reglas de consistencia

R.1: La suma total de cada tipo de alimentación correspondiente a cada control programático debe ser igual al total de niños y niñas controlados.

R.2: 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.3: 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: Evaluación, aplicación y resultados de Escalas en la Mujer

Sección B.1: Evaluación del Estado Nutricional a personas 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 presenta 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/os, Matronas/es, Técnicos Paramédicos, Trabajadores Sociales, Psicólogos/as y Médicos/as.

Violencia de género: consiste en actos violentos o de agresión dirigidos a las personas en razón de su género y se basa en una asimetría de poder sustentada en un sistema patriarcal donde las mujeres, niñas y diversidades deben ser y comportarse de ciertas formas hegemónicas, debiendo enfrentarse a opresiones y situaciones de violencia que se expresan de diversas maneras. Este tipo de violencia afecta principalmente a las mujeres, niñas y a las personas de la diversidad sexual(7)

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 (riesgo psicosocial 1 o más) y cuántas presentan Violencia de género. Además, se registra cuántas presentan 3 o más riesgos y de ellas, cuáles se les realiza el plan de equipos de cabecera.

Regla de consistencia

R.1: El total de evaluaciones aplicadas puede ser igual o mayor a las detectadas con riesgo y/o con violencia de género.

R.2: Las gestantes con tres o más riesgos representan un subconjunto de las gestantes con riesgo.

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 mayor a 13 puntos o respuesta distinta de 0 en pregunta 10.

Evaluación a gestantes reevaluación: Se registra el total de evaluaciones aplicadas en segunda instancia a gestantes que presentaron puntaje elevado en la primera evaluación y aquellas que mantienen puntaje de riesgo mayor a 13 puntos o respuesta distinta de 0 en pregunta 10.

Evaluación a mujeres/personas 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 mayor a 10 o resultado distinto de 0 en la pregunta 10.

Evaluación a mujeres/ personas 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 mayor a 10 o resultado distinto de 0 en la pregunta 10.

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 etario.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta reglas de consistencia.

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

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 juntamente 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, 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).

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:

Tabla. Resultado de Evaluación CRAFFT

CRAFFT			
10 a 13 años		**14 a 19 años**	
0 puntos	Bajo Riesgo	**0 puntos**	Bajo riesgo
1 o más puntos.	Riesgo alto. Posible consumo perjudicial o dependencia.	**1 punto.**	Consumo riesgoso intermedio.
		2 o más puntos.	Riesgo alto. Posible consumo perjudicial o dependencia.

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

Tabla. Resultado de Evaluación AUDIT

AUDIT	
20 años y más **AUDIT en EMP:15 años y más**	
0 a 7 puntos.	Bajo riesgo.
8 a 15 puntos.	Consumo riesgoso intermedio.
16 o más puntos.	Posible consumo perjudicial o dependencia.

**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.*

Tabla. Resultado de Evaluación ASSIST

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.

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

Reglas de consistencia

R.1: El número total de AUDIT, ASSIST y CRAFFT aplicados en EMP diferenciado por rango etario y sexo, debe ser consistente con el número total de EMP realizados por rango etario 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 Instrumento de Valoración del Desempeño en Comunidad es el instrumento para medir discapacidad que se compone de un set de preguntas referentes al desempeño en la vida cotidiana de la persona que permiten evaluar discapacidad por auto reporte, es decir, las preguntas sólo pueden ser respondidas por la persona a evaluar la discapacidad o, en su defecto, por un acompañante informado como indica el protocolo de aplicación. Puede ser aplicado en todos los establecimientos de salud y debe ser aplicado por profesionales capacitados en el instrumento según manual de procedimientos para la calificación y certificación de la discapacidad.

Origen Físico: Condición de salud 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: condición de salud 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: condición de salud 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: condición de salud 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: condición de salud 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.

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

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 con sus resultados según categorías, puntaje e intervenciones que se otorgan según edad y sexo

Regla de consistencia

Esta sección no presenta 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 rango etario 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 presenta 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 rango etario 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 presenta regla de consistencia.

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

Definiciones conceptuales

El objetivo de aplicación de este instrumento es determinar la presencia o ausencia de sobrecarga intensa en el cuidador de pacientes Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa. Debe ser aplicada anualmente.

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.

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.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección D.6.1: Aplicación de escala de Zarit abreviado en cuidadores de NANEAS

Definiciones conceptuales

El objetivo de aplicación de este instrumento es determinar la presencia o ausencia de sobrecarga intensa en el cuidador de niños y niñas de 0 meses a 19 años. Debe ser aplicada anualmente.

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.

Definiciones operacionales

Se registra a los cuidadores evaluados con Escala Zarit Abreviada (EZA) según rango etario y sexo, especificándose el resultado con la categorización de sobrecarga en las celdas designadas para ello.

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 debe registrar también el niño o niña cuidado según rango etario.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta 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 con 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.

No olvidar registrar en las columnas de atributos según corresponda.

Regla de consistencia

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

Sección E: Aplicación de Pauta Detección de Factores de Riesgos Biopsicosocial Infantil

Definiciones conceptuales

Evaluación biopsicosocial Infantil: Es una pauta de evaluación de factores de riesgos biopsicosociales que se asocian a malos resultados en desarrollo y salud. Ésta debe aplicarse según normativa vigente a niños y niñas en los controles de salud infantil de los 4-12-24-36 meses. Además, se puede aplicar en otros controles de salud infantil siempre y cuando se detecten riesgos biopsicosociales que afecten el desarrollo. De acuerdo con el resultado de esta evaluación, se deben realizar derivación a las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIs) 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, considerando un trabajo con el Equipo de cabecera correspondiente y la red comunal Chile Crece contigo, siendo estos siempre registrados en SRDM.

- **Con riesgo Biopsicosocial:** Al aplicar la pauta se detectan 1 o más factores Biopsicosociales que afectan el desarrollo infantil
- **Sin riesgo Biopsicosocial:** Al aplicar la pauta no detectan ningún factor Biopsicosocial que afecte el desarrollo infantil.

Definiciones operacionales

Se registra el número total de aplicaciones de la pauta de detección de factores de riesgos biopsicosociales infantil realizadas a niños y niñas.

Se debe especificar los casos en los cuales se detectó al menos un factor de riesgo psicosocial, en la fila de resultados: Con riesgo biopsicosocial.

Registrar los casos derivados a: Equipos de cabeceras; Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil de 0 A 4 años y/o Salud mental de 5 a 9 años.

Registrar en que control programático se aplicó la pauta.

Registrar si se realizó Plan de Equipo de Cabecera según edad.

Regla de consistencia

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

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

R.3: El total de pautas aplicadas debe ser igual al resultado registrado (riesgo + sin riesgo)

Sección F: Tamizaje Trastorno Espectro Autista (M CHAT-R/F) 16 a 30 meses

Definiciones conceptuales

La Supervisión de Salud Integral de niños y niñas comprende una serie de prestaciones de salud destinadas a la vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil del grupo de 0 a 9 años siendo el Control de Salud Infantil (CSI) la prestación eje de la supervisión que, dentro de sus objetivos principales está la evaluación del desarrollo a través de evaluaciones clínicas, aplicación de pautas de cotejo e instrumentos estandarizados.

Desde la Supervisión de Salud se puede levantar la **sospecha de Trastorno del Espectro Autista (TEA)**, en aquellos niños y niñas que presenten:

Señales de alerta: corresponden a las señales clínicas que levantan la sospecha de TEA, detectadas por los profesionales de salud durante la atención de salud. Las señales de alerta en el rango de 16 a 30 meses han sido definidas en el decreto 20 del Ministerio de Salud(8), del año 2024, que añade nuevas señales de alerta a las ya establecidas en la Norma Técnica de Supervisión de Salud Integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021(9).

Factores de riesgo: corresponden a los factores descritos por la evidencia científica que se asocian a sospecha de Trastorno del Espectro Autista tales como: padres y/o hermanos con diagnóstico de TEA, preocupación de los padres, antecedentes de prematurez, uso de ácido valproico durante el embarazo, entre otras, descritas en la Norma Técnica de Supervisión de Salud Integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021.

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) alterado: corresponde al resultado de la aplicación del instrumento estandarizado EEDP de niños y niñas entre 0 y 24 meses, cuyo **perfil resulta en rezago, riesgo o retraso para las áreas de lenguaje y/o social.**

De acuerdo con lo anterior, consideraremos los siguientes motivos para aplicar M-CHAT-R/F, es decir los casos en que se debe aplicar el instrumento a las madres, padres y cuidadoras/es de los siguientes grupos:

- **Niños y niñas con EEDP alterado en área Lenguaje y/o Social:** corresponde a los niños y niñas que se les aplica la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor entre los 0 y 24 meses, cuyo **perfil de resultados** corresponde a **rezago, riesgo o retraso** en el área de lenguaje y/o social.

- **Niños y niñas con factor de riesgo y/o señales de alerta para TEA detectados en la Supervisión de salud:** corresponde al grupo de niños y niñas que presentan 1 o más factores de riesgo y/o señales de alerta de TEA, de acuerdo con los establecido en la Norma Técnica de Supervisión de Salud Integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021(9).

- **Niños y niñas con EEDP alterado en área Lenguaje y/o Social y con factor de riesgo y/o señales de alerta para TEA detectados en la Supervisión de salud:** corresponde a los niños y niñas que se les aplica EEDP entre los 0 y 24 meses, cuyo **perfil de resultados** corresponde a **rezago, riesgo o retraso** en el área de lenguaje y/o social y que además presentan 1 o más factores de riesgo y/o señales de alerta de TEA, de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica de Supervisión de Salud Integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021(9).

Prestación de salud en que se aplica el M-CHAT-R/F:

- **Control de los 18 meses:** corresponde a los niños y niñas evaluados en el Control de Salud Integral de los 18 meses y que por evaluación clínica se detecta alteración del desarrollo o por aplicación del EEDP resultan con **rezago, riesgo o retraso** en el área lenguaje y/o social, por lo que se aplica M-CHAT-R/F (podría ser en una instancia posterior formando parte de la supervisión de salud integral de los 18 meses).

- **En otros controles o consultas:** corresponde al número de niños y niñas evaluados en cualquier instancia de supervisión de salud, ya sea control de salud (distinto al de los 18 meses), consulta de morbilidad médica o por cualquier otro profesional, en que sospeche TEA por la presencia de 1 o más factores de riesgo y/o señales de alerta, por lo que se aplica M-CHAT-R/F.

El **M-CHAT-R/F:** es una herramienta de detección de riesgo de trastorno del espectro autista (TEA), que se consta de 2 etapas (cuestionario y entrevista) que se aplica a los padres y/o cuidadores en el contexto de las prestaciones de atención de salud. Se encuentra validado y adaptado a la población chilena para su aplicación **sólo** en niños y niñas en el rango etario desde los 16 hasta los 30 meses. **Se recomienda** la aplicación por profesionales de la salud con conocimiento del desarrollo infantil con los registros respectivos.

El M-CHAT-R/F consta de dos partes, la primera consiste en un Cuestionario de 20 preguntas con respuestas cerradas (SI o NO) y la segunda consiste en una Entrevista de seguimiento. Según los resultados se debe seguir la siguiente conducta:

- **Riesgo bajo**: es el puntaje entre 0 y 2. La conducta a seguir es continuar con controles de salud habitual.

- **Riesgo medio:** es el puntaje entre 3 y 7. La conducta a seguir es realizar la segunda parte del M-CHAT-R/F correspondiente a la Entrevista de Seguimiento, si en la entrevista se obtienen 2 o más DERIVA se debe derivar a confirmación diagnóstica.

- **Riesgo alto:** es el puntaje entre 8 y 20. La conducta a seguir es derivar a confirmación diagnóstica

Definiciones operacionales

Se registra a los niños y niñas diferenciados por sexo que, se les aplicó M-CHAT-R/F según el motivo de aplicación del instrumento.

Se debe registrar a todo niño o niña **EVALUADOS PARA APLICACIÓN M-CHAT-R/F** según la **prestación de salud en que se aplicó M-CHAT-R/F** (Control de los 18 meses **o** En otros controles o consultas) y si pertenecen a población migrante o pueblo originario.

Los resultados se registran según el puntaje obtenido y conducta a seguir según corresponda.

Reglas de consistencia

R.1: El **TOTAL** de motivos de aplicación de M-CHAT debe ser igual a la suma de prestación en que se aplicó M-CHAT-R/F.

R.2: El **TOTAL** motivos de aplicación de M-CHAT-R/F debe ser igual al **TOTAL** según resultado de aplicación.

Sección F.1: Sospecha de Trastorno del Espectro Autista en niños y niñas de 30 a 59 meses

Definiciones conceptuales

La Supervisión de Salud Integral de niños y niñas comprende una serie de prestaciones de salud destinadas a la vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil del grupo de 0 a 9 años. El Control de Salud Infantil (CSI) es la prestación eje de la supervisión, dentro de sus objetivos principales está la evaluación del desarrollo a través de evaluaciones clínicas, aplicación de pautas de cotejo e instrumentos estandarizados.

Desde la Supervisión de Salud se puede levantar la **sospecha de Trastorno del Espectro Autista (TEA)** en aquellos niños y niñas sobre 30 meses y hasta 59 meses:

Señales de alerta: corresponden a las señales clínicas detectadas por los profesionales durante la atención de salud. Las señales de alerta se han definido en el decreto 20 (con fecha 4 de marzo de 2024) que incorpora una nueva pauta de señales de alerta de sospecha de TEA en niños entre 30 meses y 59 meses a la Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de niños de 0 a 9 años de 2021(8)

Factores de riesgo: corresponden a los factores descritos por la evidencia científica que se asocian a sospecha de Trastorno del Espectro Autista tales como: padres y/o hermanos con diagnóstico de TEA, preocupación de los padres, antecedentes de prematurez, uso de ácido valproico durante el embarazo, entre otras, descritas en la Norma Técnica de Supervisión de Salud Integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2021.

Es importante destacar que a niños y niñas de 30 meses con sospecha de TEA se les debe aplicar instrumento de Tamizaje M-CHAT-R/F, no siendo excluyente con la sospecha por EEDP alterado, señales de alerta y/o factores de riesgo.

Definiciones operacionales

El registro en **esta sección** corresponde a niños y niñas **sobre 30 meses y hasta 59 meses**, ya que a niños y niñas que tienen 30 meses se les debe aplicar el instrumento de Tamizaje M-CHAT-R/F (registrar en sección F).

Los registros se desagregan según sexo de los niños y niñas atendidas y se registra si es que pertenecen a población migrante o pueblo originario.

Desde la Supervisión de Salud, cualquier profesional con conocimiento en desarrollo infantil puede levantar la **sospecha de Trastorno del Espectro Autista (TEA).** Ante esta sospecha, médicos/as con conocimiento en desarrollo infantil deberán determinar la necesidad de derivación a evaluación diagnóstica.

Reglas de consistencia

No requiere de reglas de consistencia.

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 40 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 con 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 con 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.

Tabla. Resultado de la evaluación según instrumento.

Instrumento	Bajo Riesgo	Riesgo Medio	Alto Riesgo
Cuestionario PSC-17	Subescala Problemas de Atención: <=14	No Aplica	Subescala Problemas de Atención: >14
	Subescala Problemas Internalizantes:<=12		Subescala 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
	Subescala Problemas Internalizantes: <=13		Subescala 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	0-1,49	No aplica	>=1,5
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 presenta 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 rango etario 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.

Derivación efectiva: Se debe registrar el número de NNAJ evaluados al ingreso que efectivamente fueron derivadas al Programa de Acompañamiento Psicosocial.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección J: Categorización de ingresos al programa de salud mental en APS, según categoría de riesgo

Definiciones conceptuales

Mediante la categorización se determina el nivel de atención requerido por las personas, en función de su perfil de riesgo/necesidades y factores protectores, identificando los tipos de requerimientos y permitiendo determinar las intervenciones en cada nivel de riesgo. Esto, con el fin de manejar de mejor manera su situación de salud mental, además de definir anticipadamente acciones de salud que se adapten a sus necesidades de cuidados sanitarios futuros. Para el proceso de categorización es necesario considerar las variables de Gravedad, Vulnerabilidad, Complejidad y Factores protectores(10).

Gravedad: es un concepto esencialmente dinámico y alude a la condición clínica de la persona, así como al curso de esta. Los diagnósticos son categorías más estáticas y pueden permanecer asociadas a una persona por periodos prolongados, durante los cuales podría presentar distintos niveles de gravedad. La gravedad se relaciona con la intensidad del cuadro clínico, por lo que los elementos centrales para operativizarla son el riesgo vital para sí mismo y para otros, y la discapacidad asociada a la enfermedad. Su uso permite determinar la urgencia e intensidad de las intervenciones terapéuticas disponibles, así como priorizar aquellas personas en la que deben definirse líneas precoces e integrales de abordaje.

Vulnerabilidad: es definida como la posibilidad de que las personas desarrollen una enfermedad como resultado de un conjunto de aspectos individuales, colectivos y contextuales que acarrean mayor susceptibilidad a dicha enfermedad, junto con mayor o menor disponibilidad de recursos para protegerse; siendo esta vulnerabilidad situacional, variable y multidimensional. Incorpora tanto elementos individuales como los relacionados a la interacción con las características del contexto social, situaciones o condiciones sociales adversas; además de los recursos de los propios sujetos, grupos y comunidades para afrontarlos. Esta mirada enfatiza el modelo de atención que sostiene que la superación de la enfermedad debe realizarse dentro de la comunidad de la que el sujeto es parte, permitiendo dejar atrás la categoría estigmatizadora de “enfermo” que usualmente acompaña de por vida a las personas con enfermedades mentales.

Complejidad: se relaciona con la necesidad de identificar y abordar dimensiones relacionadas no solo con las características de la enfermedad de una persona, sino también con elementos socioeconómicos, culturales y vinculares, que dan cuenta de las formas del vivenciar y de los potenciales recursos disponibles en pos de actualizar su condición de bienestar. De este modo, se plantea que la complejidad en salud mental incluye tanto elementos relacionados con la gravedad de la enfermedad como con la vulnerabilidad de cada persona en particular y su comunidad.

Factores protectores: se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y enfermedades, permitiendo contribuir positivamente al proceso de tratamiento. La prevención en salud mental tiene como objeto reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de las enfermedades mentales, el tiempo que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para

desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad.

Niveles de Categorización:

- **Nivel de riesgo bajo, no requiere ingreso a tratamiento (N0):** Malestar inespecífico que no alcanza a conformar un cuadro clínico que amerite ingreso a tratamiento a salud mental en APS. Implica la presencia de necesidades de apoyo social, presentando baja gravedad con factores de vulnerabilidad que se contrarrestan con sus factores protectores, por lo que no constituye un cuadro de complejidad.
- **Riesgo Leve (N1):** Síntomas de salud mental leves pero específicos, alcanza a conformarse el cuadro clínico leve. El usuario presenta nivel bajo de gravedad con factores de vulnerabilidad que se contrarrestan con sus factores protectores, por lo que constituye un cuadro de complejidad leve.
- **Riesgo Moderado (N2):** Nivel elevado de síntomas de salud mental, pero con mayor motivación intrínseca al cambio y explícita necesidad de apoyo. Generalmente con presencia de un nivel de vulnerabilidad social moderada a alta, pero que no se contrarrestan con sus factores protectores, por lo que constituye un cuadro de complejidad moderada.
- **Riesgo Alto (N3):** Nivel elevado de síntomas de salud mental, altas necesidades de cuidado, con baja motivación a acceder a tratamiento, que requiere realización de acciones específicas para elevar la adherencia. En estos casos puede existir una frecuente conflictividad social, generalmente un componente de conflicto con la justicia o de vulnerabilidad en el ámbito de los derechos. Alta demanda de trabajo intersectorial. El usuario presenta alta gravedad con factores de vulnerabilidad que no se contrarrestan con sus factores protectores, por lo que constituye un cuadro de complejidad alta.
- **Riesgo Alto y Severidad Alta (N4):** Nivel elevado de síntomas de salud mental, altas necesidades de cuidado, con baja motivación a acceder a tratamiento, requiere de acciones específicas para elevar adherencia. Se puede presentar como característica la conflictividad social, generalmente un componente de conflicto con la justicia o de vulnerabilidad en el ámbito de los derechos. Alta demanda de trabajo intersectorial, generalmente sin acceso a cuidados requeridos. Usuario derivado o contra referido o en cuidados compartidos con el nivel de especialidad ambulatoria en Salud Mental. El usuario presenta alta severidad con factores de vulnerabilidad alto y escasos factores protectores, por lo que constituye un cuadro de complejidad alta.

Definiciones operacionales

El registro según categorización de riesgo se registra por sexo y desagregado por rango etario correspondiente. Se debe además marcar al final la columna correspondiente.

Reglas de consistencia

R.1: El número total de Ingresos al Programa de Salud Mental en APS debe ser igual al número de ingresos al Programa de Salud Mental de APS según categoría de riesgo de Salud Mental (Sumatoria de N1+N2+N3). En el caso de la categoría N4 debe ser derivado a salud mental de especialidad, por lo cual no debe ser considerado como Población Bajo Control de APS.

REM A04: CONSULTAS Y OTRAS ATENCIONES EN LA RED

SECCIONES DEL REM-A.04

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: Atenciones de sanadores indígena.

Sección G: Intervención individual del usuario en Programa Elige Vida Sana.

Sección H: Servicios farmacéuticos.

- **Sección H.1:** Servicios Farmacéuticos en Atención primaria.
- **Sección H.2:** Servicios Farmacéuticos en Atención Hospitalaria.

Sección I: Despacho de recetas

- **Sección I.1:** Despacho de recetas de pacientes ambulatorios en Atención primaria**.**
- **Sección I.2:** Despacho de recetas en Atención Hospitalaria

Sección J: Rondas por tipo y profesional.

Sección K: Clasificación de consulta nutricional por rango etario.

Sección L: Consulta de lactancia materna en niños y niñas controlados.

Sección M: Atenciones ambulatorias por el Programa Tuberculosis.

Sección N: Exámenes Bacteriológicos procesados.

Sección O: Atenciones en modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADIS) en APS.

Sección P: Encuesta Epidemiológica.

Sección Q: Entrega de Quimioprofilaxis para Bloqueo Epidemiológico.

Sección R: Toma de Muestras para Vigilancia Epidemiológica.

Sección S: Seguimiento de casos y contactos/expuestos vía telefónica y Visitas de seguimiento de casos y contactos/expuestos en domicilio.

Sección T: Búsqueda activa institucional (BAI) de casos.

Sección U: búsqueda activa comunitaria (BAC) de casos.

El REM A04 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.

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, rango etario, 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 “SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil ” se registran las consultas médicas que se realizan a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de todos los programas y dispositivos SENAME /Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil (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 pueblos originarios y migrantes declarados debe ser igual o menor al total de atenciones registradas por edad y sexo.

R.2: El total de "SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil", 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) (morbilidad obstétrica): Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología obstétrica.
- **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 con el 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 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 con el 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 (excluye Salud Mental**): 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.
- **Consulta de Educadora de párvulos:** Es la atención proporcionada, a un usuario derivado por profesional que realiza control de salud infantil a la modalidad de apoyo al desarrollo infantil (sala de estimulación, servicio itinerante, atención domiciliaria), con el propósito de apoyar su tratamiento y recuperación del desarrollo, como así también generar estimulación temprana preventiva y promocional de la infancia, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.

- **Consulta de 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.

- **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 rango etario 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.

Corresponde registrar el número sesiones de procedimientos, según grupo edad y sexo, que realiza el Kinesiólogo a pacientes ambulatorios.

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.

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 o personas con capacidad de gestar 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 rango etario, con y sin entrega de anticonceptivo, según identidad de género cuando corresponda, personas con discapacidad, espacios amigables, Pueblos Originarios

Regla de consistencia

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

R.2: La información de la columna transmasculino, no binarie y personas con discapacidad debe estar contenida en los registros de la columna total, por lo tanto, deben ser menor o igual según corresponda.

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 registran 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.

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: Atenciones de Sanadores Indígena

Definiciones conceptuales

Corresponde a la atención realizada por sanadores de los sistemas de sanación de los pueblos indígenas, que cuentan con un lugar físico pertinente y adecuado para realizar este tipo de atención, actividades incluidas en la Planificación Anual del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas.

Definiciones operacionales

Se registra el número de atenciones efectuadas por los sanadores indígenas, diferenciado por usuarios pertenecientes a pueblos originarios de aquellos usuarios que no corresponden a pueblos originarios.

Regla de consistencia

R.1: Corresponde registrar las atenciones efectuadas por sanadores indígenas realizadas en el establecimiento de salud y exclusivamente, aquellas atenciones fuera del establecimiento incorporadas en la planificación anual del Programa (P.E.S.P.I).

Sección G: 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 H: Servicios Farmacéuticos

Sección H.1: Servicios Farmacéuticos en Atención primaria (11,12)

Definiciones conceptuales(11,12)

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, en el contexto del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), Estrategia de Cuidado Integral Centrados en las personas (ECICEP) y otras temáticas de acuerdo con realidad local.
- **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.

Definiciones operacionales

Deberán registrar en esta sección solo establecimientos de Atención primaria de salud quedando excluidos los hospitales de baja complejidad.

Conciliación Farmacéutica: Se registra cada conciliación efectuada 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 en la ficha clínica, que requiere de 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 en la ficha clínica sin encontrarse con el usuario presente. La revisión deberá validar receta y prescripciones vigentes, buscando contraindicaciones, interacciones o medicamentos potencialmente inapropiados (MPI), problemas relacionados con medicamentos (PRM).

Seguimiento Farmacoterapéutico: Se registra por separado cada una de las entrevistas o contactos con el usuario (ingreso, intervención o seguimiento). Al realizar seguimiento farmacoterapéutico NO debe ser registrado separadamente las actividades como revisión de la medicación, conciliación o educación; ya

que se entiende como un servicio complejo que incluye a todos los demás. Al realizar seguimiento farmacoterapéutico SI pueden registrarse como otra actividad en la misma atención, en caso de ser detectadas, actividades como reportes de RAM, falla de calidad o eventos adversos.

Regla de consistencia

R.1: Todas las actividades realizadas deben estar agendadas por SOME y registradas en ficha clínica de la persona usuaria.

R.2: 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.3: Los servicios farmacéuticos realizados a través de medios digitales vía remota se deben agregar en la opción “Servicios farmacéuticos realizados en establecimientos de salud”

R.4: Los servicios farmacéuticos registrados en el REM A26 y REM A33 deberán estar contenidos en el REM A04 sección H.

R.5: Al registrar Revisión de la Medicación se debe consignar solo una actividad, detallando si es CON o SIN entrevista.

Sección H.2: Servicios Farmacéuticos en Atención Hospitalaria

Definiciones conceptuales(11,12)

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.
- **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.

Definiciones operacionales

Deberán registrar en esta sección tanto hospital de alta, mediana o baja complejidad.

- **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.

- **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.
- **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 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.

Regla de consistencia

No presenta regla de consistencia.

Sección I: Despacho de Recetas

Sección I.1: Despacho de recetas de pacientes ambulatorios en Atención primaria

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 para 30 días, 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 con 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 completo:** Corresponde a las recetas despachadas en su totalidad de acuerdo con 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 para cada una de las prescripciones incluidas en la receta. Adicionalmente, se considerarán como recetas con despacho completo, aquellas en que el usuario ha rechazado el despacho de una o más prescripciones ya que la parcialidad para este caso no está influenciada por problemas de stock. En el caso de que se entregará tratamiento suficiente para 60 días para cada una de las prescripciones incluidas en la receta, se deberá registrar la entrega de dos recetas con despacho completo a usuario en dicho mes.
- **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. Esto debido a problemas de stock.

Los despachos pueden realizarse en:

- **Centro de Salud**: Corresponde a las recetas despachadas en el establecimiento de salud (no se deben considerar los despachos en unidades de emergencia SAPU, SAR, SUR)
- **Domicilio:** Corresponde al despacho de recetas en el domicilio.

En resumen

DESPACHO TOTAL(C+P) **=** Despacho Completo (C) + Despacho Parcial (P)

DESPACHO TOTAL(C+P) = En Centro de Salud + En 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.

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 localmente. Se deben registrar el número de recetas despachas, ya sea en el centro de salud o en domicilio, que en ambos casos existen horas hombre utilizadas en el proceso de preparación y entrega de fármacos.

- **En Centro de Salud:** Le corresponderá registrar las recetas de coordinación territorial que sean despachadas en el centro de salud.

- **En Domicilio:** Le corresponderá registrar las recetas de coordinación territorial que sean despachadas (recetas entregadas), en Domicilio.

- Este registro no se debe adicionar al ítem "Despacho Total.

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.

  Se considerará como recetas despachas con oportunidad aquellas que son solicitadas dentro 5 días antes de la fecha de retiro indicada por el sistema informático o sistemas locales para recetas crónicas para el segundo retiro y subsiguiente.

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 del programa FOFAR.

Los Hospitales de Baja Complejidad con APS asociada, que presenten programa de Salud Cardiovascular, deberán registrar estas variables.

El despacho puede ser:

Despacho Completo: Corresponde a aquellas recetas despachadas completamente (**prescripciones y unidades** totales indicadas por fármaco del **Programa de Salud Cardiovascular según prescripción para 30 días**) al momento de ser solicitada por el usuario y también corresponderán aquellas recetas despachadas de forma parcial (solo algunas prescripciones o una fracción de las unidades totales indicadas por fármaco del PSCV) al momento de ser solicitada por el usuario, pero con la siguiente consideración: Si esta acción genera un reclamo por incompletitud del despacho por parte del usuario y lo faltante es entregado dentro de las 24 horas hábiles siguientes a la formulación del reclamo, se entenderá como un despacho completo (pero no oportuno). Si no se genera el despacho dentro de 24 horas hábiles siguientes al reclamo, se entenderá como despacho parcial. Adicionalmente, se considerarán como recetas con despacho completo, aquellas en que el usuario ha rechazado el despacho de una o más prescripciones ya que la parcialidad para este caso no está influenciada por problemas de stock.

Despacho Parcial: Corresponde a aquellas recetas en que se despacharon sólo algunos de los medicamentos incluidos en ella, o una dosis fraccionada o incompleta del programa Cardiovascular, frente a lo indicado por el profesional. Esto debido a problemas de stock.

Para evaluar la adherencia del usuario al retiro de fármacos, se considerará la oportunidad en que es retirada la receta desde Botiquín/Farmacia.

Despacho Completo y Oportuno: Se entenderá como aquella receta que cumpla con criterios descritos anteriormente como despacho completo, pero que adicionalmente se deberá considerar la fecha en que es solicitada por el usuario en Botiquín/Farmacia.

Se considerará como fecha de retiro aquella indicada por el sistema informático o sistemas locales para recetas crónicas para el segundo retiro y subsiguiente.

Se considerará como recetas despachadas con oportunidad aquellas que son solicitadas dentro de 5 días antes de la fecha de retiro indicada por el sistema informático o sistemas locales para recetas crónicas para el segundo retiro y subsiguiente.

Prescripciones a pacientes del Programa de Salud Cardiovascular

- **Prescripciones Emitidas:** Corresponde al o los medicamentos prescritos en una receta médica de pacientes del programa Cardiovascular (PSCV).
- **Prescripciones rechazadas:** Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica del del programa Cardiovascular (PSCV)., que el paciente decide rechazar.

Resumen Recetas con medicamentos del PSCV

Despacho Total PSCV= Despacho Completo PSCV + Despacho Parcial PSCV.

Unidades de Urgencia de APS: Corresponde a aquellas recetas que son dispensadas en botiquines de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia: SAPU/SAR/SUR.

Recetas Despachadas: Corresponde a aquellas recetas dispensadas en el botiquín de Servicios de Atención Primaria de Urgencia: SAPU/SAR/SUR. Las recetas son prescritas en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia, pero dispensadas en los botiquines o farmacias de un CESFAM de la comuna, estas deberán registrarse como receta de urgencia en el REM de dicho CESFAM.

- Prescripciones Despachadas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica y dispensados en Servicio de Atención Primaria de urgencia: SAPU/SAR/SUR.

- Este registro no se debe adicionar al ítem “Despacho Total”.

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. Esto debido a problemas de stock.

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

En “Coordinación Territorial” solo deben registrar los Hospitales Comunitarios y los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

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

Las recetas de Unidades de Urgencia/Emergencia deben registrarse en las columnas destinadas para ese fin y no deben estar incluidas en las Recetas Despachadas, Lugar de Entrega y Prescripciones.

Es importante considerar, que el registro DAU, no se corresponde a una receta.

Regla de consistencia

R.1: Prescripciones emitidas/Prescripciones rechazadas: No se deben considerar las prescripciones de recetas entregadas en Servicio de Atención Primaria de urgencia (SAPU/SAR/SUR).

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.

R.4: El total de las columnas lugar de entrega (En centro de Salud + En domicilio), debe ser igual al Total de recetas despachadas (Despacho Completo + Despacho Parcial)

R.5: El total de recetas con despacho completo y oportuno, no puede ser mayor al total de receta de despacho completo.

Sección I.2: Despacho de recetas en Atención Hospitalaria y especialidad (Incluye COSAM)

Definiciones conceptuales

El despacho corresponde a la entrega de fármacos realizada a usuarios en el ámbito de la atención ambulatoria o a través de la entrega de medicamentos contra receta médica a los pacientes que están hospitalizados en los servicios clínicos en el ámbito de la atención cerrada.

Receta de atención abierta (ambulatoria): Receta que contiene la prescripción de medicamentos utilizados en el tratamiento de diversas patologías.

La cantidad de unidades en cada receta dependerá del tipo de tratamiento que se trate. En el caso de tratamientos crónicos, la receta deberá contener la cantidad de unidades necesaria hasta el siguiente control médico, de acuerdo con guías clínicas y normativas vigentes de cada Programa de Salud. En el caso de un tratamiento agudo, la receta deberá indicar medicamentos específicos prescritos para la patología y en cantidad necesaria para un periodo acotado de tratamiento.

Receta de atención cerrada: Receta que contiene la prescripción de medicamentos utilizados en los pacientes hospitalizados en los distintos servicios clínicos de un establecimiento de salud. Esta receta corresponde a la prescripción realizada para las próximas 24 horas (en caso de feriados o fin de semana, pueden abarcar 48 o 72 horas).

Receta de atención de Urgencia: Receta que contiene la prescripción de medicamentos utilizados y administrados durante la atención de urgencia. En los casos en que el establecimiento haya determinado despachar la totalidad de la terapia para el tratamiento agudo la receta que sea emitida, esta también debe ser considerada como receta de atención de Urgencia.

Receta bajo control legal: Receta que contiene la prescripción de medicamentos sometidas a control legal de acuerdo con DS 404/1983 Reglamento de Productos Psicotrópicos, DS 405/1983 Reglamento de Estupefacientes. Este documento sólo puede ser emitida por los médicos cirujanos y cirujanos dentistas, según corresponda de acuerdo con el DS MINSAL N. º 466/1984.

Este tipo de receta puede ser:

Receta Cheque: Corresponde a la receta cheque de color verde utilizado en los establecimientos, conforme a DS 404/1983(13), Reglamento de Estupefacientes, DS 405/1983(14) Reglamento de Productos Psicotrópicos y a la norma técnica 161(15).

Receta Médica Retenida: Corresponde a la receta blanca utilizada en los establecimientos, conforme a conforme a DS 404/1983(13), Reglamento de Estupefacientes, DS 405/1983(14)

Recetas despachadas: Corresponde a aquellas recetas dispensadas en la unidad de farmacia o botiquín de cada establecimiento o también en domicilio de los usuarios o por gestión territorial.

El despacho puede ser:

- **Despacho completo**: Corresponde a las recetas despachadas en su totalidad de acuerdo con la prescripción y periodicidad de retiro establecida. A modo de ejemplo, si el usuario tiene una receta crónica por 3 meses o 1 año y el establecimiento tiene una periodicidad de entrega mensual, se entenderá completa si se entrega tratamiento suficiente para 30 días de cada una de las prescripciones incluidas en la receta.
- **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.

Los despachos o entregas pueden realizarse en:

Centro de Salud: Corresponde a las recetas despachadas en el establecimiento de salud.

Domicilio: Corresponde al despacho de recetas en el domicilio.

Gestión Territorial: Corresponde al despacho de recetas a través de la coordinación con otros establecimientos de igual o menor complejidad, incluyendo la APS, de acuerdo con el modelo implementado localmente, o donde el paciente haya solicitado un punto de entrega más cercano a su domicilio.

En cuanto a lugar de entrega, en centro de salud, hace referencia a todo lo que físicamente se entrega dentro del establecimiento, mientras que en despacho a domicilio corresponde a lo que los establecimientos envían directamente a domicilio sin pasar por un establecimiento intermedio.

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 o su representante decida rechazar.

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 entrega por la totalidad de las dosis y en cantidades indicadas para el periodo. En el caso de una receta crónica el tratamiento es de mínimo 30 días y para el caso de una receta aguda, el tratamiento es por el periodo indicado por el prescriptor habilitado, con entrega el mismo día. Se considerará como fecha de retiro para las recetas crónicas, aquella indicada por el sistema local para el segundo retiro y subsiguiente; para recetas agudas, será la misma fecha en que fue emitida la receta/prescripción.

Definiciones operacionales

En esta sección deberán registrar hospitales de alta, mediana y baja complejidad.

La producción de la unidad de farmacia está determinada por el recetas y prescripciones que están bajo la gestión de esta unidad, independiente de las estrategias que se hayan desarrollado para la entrega de medicamentos.

A los establecimientos hospitalarios y de especialidad les corresponde registrar el número total de recetas despachadas, ya sea en despacho completo o despacho parcial, según la clasificación por tipo de atención, en este registro deben estar contenidas las recetas de los productos sometidos a control legal. Los establecimientos deberán registrar como receta con despacho completo aquellas en que todas las prescripciones, en dosis y cantidad fueron entregadas o dispensadas a los usuarios.

Los establecimientos deberán registrar como receta con despacho parcial aquellas en que solo se dispensaron o entregaron algunos de los medicamentos prescritos, o dosis fraccionadas o incompleta.

Los establecimientos deberán registrar las recetas despachadas de acuerdo con el lugar de entrega o dispensación:

Lugar de entrega centro de salud, corresponde a las recetas dispensadas o medicamentos entregados a los usuarios en la dependencia farmacéutica de un establecimiento Hospitalario.

Lugar de entrega en Domicilio, corresponde a las recetas dispensadas o medicamentos entregados en el domicilio de los usuarios.

La Coordinación territorial, corresponde a una estrategia de los establecimientos Hospitalarios que consiste en acercar los tratamientos farmacológicos a otros establecimientos de igual o menor complejidad.

Los establecimientos deberán registrar en “Enviadas a otros Establecimientos para gestionar entrega al paciente”, aquellas recetas preparadas y enviadas o medicamentos entregados por receta a otro establecimiento.

Recetas despachadas con oportunidad, corresponde a las recetas dispensadas o medicamentos entregados, en todas las dosis y cantidades indicadas según prescripción para el periodo, el mismo día en que son solicitados en la dependencia farmacéutica por un usuario (ventanilla).

A los establecimientos hospitalarios y de especialidad les corresponde registrar el número total de recetas de productos sometidos a control legal, según la clasificación por tipo de atención, este registro es independiente y da cuenta de la participación de las recetas controladas en la producción total del establecimiento.

Regla de consistencia

R.1: Las Recetas despachadas con oportunidad, corresponde solo a aquellas que se dispensan en la dependencia farmacéutica de un establecimiento Hospitalario y no se deben incluir las recetas en coordinación territorial o entregadas en domicilio.

Sección J: 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.

De manera excepcional podrá darse la circunstancia de que, en rondas programadas por el equipo de salud, asistan menos profesionales de lo originalmente dispuesto.

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.

Además del registro del número de rondas, las atenciones de los profesionales deben ser registradas en las hojas REM correspondientes, asociados a las actividades y/o atenciones otorgadas.

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 K: Clasificación de Consulta Nutricional por rango etario

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 rango 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 L: 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 realizada por un profesional de salud (nutricionista, enfermera/o, matrón/a o médico/a 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, pudiendo ser realizada por un profesional de salud nutricionista, enfermera/o, matrón/a o médico/a.
- **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 realizada por un profesional de salud (nutricionista, enfermera/o, matrón/a o médico/a en el centro de salud.
- **Consejería en lactancia materna:** Es la actividad de promoción de la lactancia materna 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 lactancia materna, de manera que la persona tome decisiones según la información con la que dispone. Esta prestación se debe categorizar según si está dirigida a gestantes o madres en postparto en proceso de amamantamiento. 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 que ha nacido fuera de Chile y cuya nacionalidad es distinta a la chilena, que han recibido consulta o consejería de lactancia materna.

Definiciones operacionales

Corresponde al registro agrupado de las actividades realizadas a usuarios en forma individual o grupal, por rango etario, así como al registro de las actividades realizadas a los usuarios por estamento, según rango 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 M: 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

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección N: Exámenes bacteriológicos procesados

Se bloquea debido a que se encuentran disponibles otras fuentes de información.

Sección O: Atenciones en Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIS) en APS

Definiciones conceptuales

Atenciones individuales de seguimiento a niñas/os categorizados NORMAL CON REZAGO: Se refiere al contacto presencial en la modalidad de estimulación que realiza el profesional de MADIS con las/os usuarios derivados por categoría normal con rezago junto a su adulto cercano (padre, madre o cuidador) donde se logra intervenir de manera personalizada a partir de la segunda atención, según lo planificado o estipulado en plan de intervención de acuerdo en la orientación técnica de MADI(16)s(16).

Atenciones grupales de seguimiento a niñas/os categorizados NORMAL CON REZAGO: Se refiere al contacto presencial en la modalidad de estimulación que realiza el profesional de MADIS con las/os usuarios derivados por categoría normal con rezago junto a su adulto cercano (padre, madre o cuidador)

donde se logra intervenir de manera grupal (2 o más niños y niñas junto a su familia) a partir de la segunda sesión, según lo planificado o estipulado en plan de intervención de acuerdo en la orientación técnica de MADIs. (No confundir intervención grupal con taller de promoción del CHCC).

Atenciones individuales de seguimiento a niñas/os categorizados con RIESGO: Se refiere al contacto presencial en la modalidad de estimulación que realiza el profesional de MADIS con las/os usuarios derivados por categoría riesgo, junto a su adulto cercano (padre, madre o cuidador) donde se logra intervenir de manera personalizada a partir de la segunda sesión, según lo planificado o estipulado en plan de intervención de acuerdo en la orientación técnica de MADIs.

Atenciones grupales de seguimiento a niñas/os categorizados con RIESGO: Se refiere al contacto presencial en la modalidad de estimulación que realiza el profesional de MADIS con las/os usuarios derivados por categoría riesgo, junto a su adulto cercano (padre, madre o cuidador) donde se logra intervenir de manera grupal (2 o más niños y niñas junto a su familia) a partir de la segunda sesión, según lo planificado o estipulado en plan de intervención de acuerdo en la orientación técnica de MADIs. (no confundir intervención grupal con taller de promoción del CHCC).

Atenciones individuales de seguimiento a niñas/os categorizados con RETRASO: Se refiere al contacto presencial en la modalidad de estimulación que realiza el profesional de MADIS con las/os usuarios derivados por categoría retraso, junto a su adulto cercano (padre, madre o cuidador) donde se logra intervenir de manera personalizada a partir de la segunda sesión, según lo planificado o estipulado en plan de intervención de acuerdo en la orientación técnica de MADIs.

Atenciones grupales de seguimiento a niñas/os categorizados con RETRASO: Se refiere al contacto presencial en la modalidad de estimulación que realiza el profesional de MADIS con las/os usuarios derivados por categoría retraso, junto a su adulto cercano (padre, madre o cuidador) donde se logra intervenir de manera grupal (2 o más niños y niñas junto a su familia) a partir de la segunda sesión, según lo planificado o estipulado en plan de intervención de acuerdo en la orientación técnica de MADIs.

Atenciones individuales de seguimiento a niñas/os categorizados NORMAL CON RIESGO BIOPSICOSOCIAL: Se refiere al contacto presencial en la modalidad de estimulación que realiza el profesional de MADIS con las/os usuarios derivados por categoría normal con riesgo biopsicosocial, junto a su adulto cercano (padre, madre o cuidador) donde se logra intervenir de manera personalizada a partir de la segunda sesión, según lo planificado o estipulado en plan de intervención (con un máximo de 5 atenciones por usuario) de acuerdo en la orientación técnica de MADIs.

Atenciones grupales de seguimiento a niñas/os categorizados NORMAL CON RIESGO BIOPSICOSOCIAL: Se refiere al contacto presencial en la modalidad de estimulación que realiza el profesional de MADIS con las/os usuarios derivados por categoría normal con riesgo biopsicosocial, junto a su adulto cercano (padre, madre o cuidador) donde se logra intervenir de manera grupal (2 o más niños y niñas junto a su familia) a partir de la segunda sesión, según lo planificado o estipulado en plan de intervención (con un máximo de 5 atenciones por usuario) de acuerdo en la orientación técnica de MADIs.

Estas intervenciones deben ser siempre registradas en ficha clínica, SRDM.

Definiciones operacionales

Total, de atenciones en sala de estimulación: Corresponde a la sumatoria de atenciones realizadas a niños y niñas, entre las edades 0-11; 12-23; 24-59 meses, en sala de estimulación.

Total, de atenciones domiciliarias: Corresponde a la sumatoria de atenciones realizadas a niños y niñas, entre las edades 0-11; 12-23; 24-59 meses, en el domicilio del usuario (no es visita domiciliaria y no puede ser grupal).

Total, de atenciones en servicio itinerante: Corresponde a la sumatoria de las atenciones de niños y niñas, entre las edades 0-11; 12-23; 24-59 meses, que asisten a sesiones en el centro de salud donde itinere la modalidad.

Pueblo originario: cada niño y niña que pertenece a familia de pueblo originario, que se considera como uno de los pueblos reconocidos por la ley indígena(3) y se encuentra ingresado a la modalidad de apoyo al desarrollo infantil, debiendo registrarse según tipo de atención y categoría.

Migrante: cada niño y niña cuyo país de origen o/y nacionalidad es distinta a la chilena y se encuentra ingresado a la modalidad de apoyo al desarrollo infantil, debiendo registrarse según tipo de atención y categoría.

Reglas de consistencia

R.1: Total de atenciones en modalidades de apoyo: Corresponde a la sumatoria de las columnas: Total de atenciones en sala de estimulación, Total de atenciones domiciliarias, total de atenciones servicio itinerante.

R.2: El número de niños que se registra en columna de pueblo originario, debe ser un número menor o igual al total de niños y niñas registrado en el Total de niños(as) en modalidades de apoyo.

R.3: La modalidad de atención domiciliaria no puede generar atenciones grupales.

Sección P: Encuesta epidemiológica

Definiciones conceptuales

Corresponde a la aplicación de un instrumento específico (encuesta) aplicado a los casos o personas del lugar (informantes claves), con el fin de obtener información de las variables en estudio, para determinar el perfil de epidemiológico de las de personas afectadas, grupos de riesgo o población.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar el número de encuestas aplicadas en el contexto de lo señalado en las definiciones conceptuales, se debe indicar el lugar o contexto de la aplicación, como lo son: lugar de trabajo, colegio, sala cuna y jardines infantiles; o grupo comunitario.

Reglas de consistencia

R.1: El número encuestas puede no ser consistente numéricamente según lugar o contexto de la visita.

R.2: No es necesario que el número de encuestas a grupos específicos sumen el total de encuestas epidemiológicas, ya que una encuesta epidemiológica puede involucrar más de un grupo especifico.

Sección Q: Entrega de Quimioprofilaxis para bloqueo epidemiológico

Definiciones conceptuales

Corresponde a aquellas actividades realizadas por principalmente por la red de APS u otro establecimiento de la red Asistencial, donde se administran tratamientos preventivos a las personas (contactos o expuestos) y/o población en general, destinados a evitar la aparición o desarrollo de la enfermedad. Involucra un desplazamiento a los lugares donde se encuentran las personas expuestas o en riesgo, para la entrega individualizada de la quimioprofilaxis. Entre estas acciones de control epidemiológico, se encuentran la administración de i) vacunas, ii) Inmunoglobulinas; y iii) medicamentos (antibióticos, antivirales, antiparasitarios, otros).

Definiciones operacionales

Corresponde registrar la cantidad de quimioprofilaxis administradas, separadas por el tipo: i) Vacunas (número de dosis), ii) Inmunoglobulinas (número de dosis), o iii) Medicamentos (número de dosis).

Se debe registrar el número de dosis por edad (tres grupos de edad, menores de 18 años, 18-64 años y 65 años y más). También, debe ser informado según el lugar o contexto de la administración de la quimioprofilaxis como: lugar de trabajo, instituciones (ELEAM, cárceles, colegios, sala cuna y jardines infantiles), o grupo comunitario.

Reglas de consistencia

R.1: El número de quimioprofilaxis administradas lugar o contexto de administración, debe coincidir con la distribución de rango etario.

Sección R: Toma de muestras para Vigilancia Epidemiológica

Definiciones conceptuales

Actividad que consiste en aplicar técnicas específicas para obtener muestras clínicas y así determinar la presencia de un agente biológico, físico o químico en las personas, se hace en contexto de brotes o durante visitas a lugares con aislamiento geográfico o con dificultad en el acceso.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar la cantidad muestras clínicas (Sangre, coprocultivo, frotis o hisopado nasofaríngeo, aspirado, hisopado de lesión), tomadas en contexto de vigilancia epidemiológica. Lo anterior por grupos de edad (tres grupos de edad, menores de 18 años, 18-64 años y 65 años y más)

Reglas de consistencia

R.1: El número de muestras tomadas, debe coincidir con la distribución de rango etario.

R.2: Las tomas de muestra de sangre deben estar contenidas en REM BS o BM según el tipo de establecimiento que realice la prestación.

Sección S: Seguimiento de casos y contactos/expuestos vía telefónica y visitas de seguimiento de casos

Definiciones conceptuales

Corresponde a aquellas actividades donde se realiza una llamada telefónica, de manera puntual o continua a un caso índice o los contactos/expuestos de un caso de una enfermedad transmisible, para monitorear su salud, completar información epidemiológica y reforzar las medidas de prevención y control.

En cuanto a la actividad en domicilio, corresponde a una actividad que se realiza después de la investigación epidemiológica, consiste en visitar el domicilio donde habita el caso índice o los contactos/expuestos de un caso de una enfermedad transmisible, para realizar el seguimiento, monitorear su estado de salud, completar información y reforzar las medidas de prevención y control.

Definiciones operacionales

Se debe registrar el número de llamadas telefónicas según a quien fue realizada a casos o contactos/ expuestos. Así como también, se debe registrar el número visitas según a quien fue realizada a casos o contactos/expuestos. Lo anterior por rango etarios (tres grupos de edad, menores de 18 años, 18-64 años y 65 años y más).

Reglas de consistencia

No presenta regla de consistencia.

Sección T: Búsqueda activa institucional (BAI) de casos

Definiciones conceptuales

Esta actividad está destinada a la búsqueda intencionada de casos de una enfermedad determinada según criterios de inclusión (signos/síntomas, diagnósticos diferenciales, códigos CIE-10, etc.), en registros médicos de salud manuales o digitales.

Las principales acciones que se realizan en la BAI son:

- Elaboración del Protocolo de búsqueda
- Revisión de registros médicos
- Revisión de fichas clínicas seleccionadas
- Registro de datos en formularios ad-hoc
- Notificación e informe de la BAI

Definiciones operacionales

Se debe ingresar el número de BAI realizadas, identificando cuáles corresponden a sarampión/rubéola, febriles u otros eventos epidemiológicos. Lo anterior por rango de registros revisados para la BAI (tres rangos de registros revisados, <100 registros, 100-250 registros y + 250 registros).

Reglas de consistencia

No presenta regla de consistencia.

Sección U: Búsqueda activa comunitaria (BAC) de casos

Definiciones conceptuales

Esta actividad está destinada a la búsqueda intencionada de casos de una enfermedad determinada según criterios de inclusión (signos/síntomas), para determinar el riesgo de adquirir cierta enfermedad en un lugar de riesgo.

Definiciones operacionales

Se debe registrar el número de unidad de investigación (casas, departamentos, u otros) revisadas mensualmente para la búsqueda de casos según criterios definidos para febriles u otros eventos epidemiológicos.

Reglas de consistencia

No presenta regla de consistencia.

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

SECCIONES DEL REM-A.05

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.

Sección C.1: Ingresos a Salud Sexual

Sección C.2: 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 Sala, servicio itinerante y atención domiciliaria

Sección G: Ingreso de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales 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.

W: Ingresos y egresos a atenciones del Programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa.

Sección X: Ingreso y egreso Programa Acompañamiento a la Identidad de Género en nivel de especialidad.

Sección Y: Intervenciones realizadas por ámbito dentro del Programa de Acompañamiento a la Identidad de género (PAIG).

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.

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.

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: Corresponde a las Gestantes que ingresan a control prenatal por traslado desde otro establecimiento de salud de la red pública.

Ingresos con control precoz extrasistema: corresponde a las Gestantes que ingresan a control prenatal en APS con antecedentes de control en un establecimiento de salud del extrasistema antes de las 14 semanas y que al momento del ingreso en APS su edad gestacional es mayor a 14 semanas. El registro clínico considera las semanas de gestación al momento del ingreso al establecimiento APS por lo que es necesario identificar de manera diferenciada estas gestantes para la meta ingreso precoz de gestantes a control.

Derivación por causal 3 IVE <14 años: Corresponde a las gestantes menores de 14 años que ingresan a control prenatal, y que son derivadas a nivel secundario o terciario para eventual constitución de 3era causal IVE de manera coordinada y asistida dentro de las primeras 24 horas.

Persona con discapacidad: 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 (17). 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

En esta sección se registran los ingresos gestacionales previamente definidos, desagregados por rango etario y en el caso que exista, según condición de violencia de género, derivaciones Ley IVE causal 3 menores de 14 años, identidad de género trans masculino o no binarie, persona con discapacidad, pueblo originario y/o situación de migrante asociada.

Gestantes ingresadas: Corresponde al total de gestantes que se ingresan, esto incluye también gestantes con ingreso en el extrasistema.

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.

R.3: Los "Ingresos por Traslado", no deben estar incluidas en "Total Gestantes", no corresponden a un subgrupo del total. Esta usuaria ya fue contabilizada en los ingresos en el centro de origen.

R.4: La información de la columna "trans masculino" y "no binarie" debe estar contenida en los registros de la columna "mujeres".

R.5: Los "Ingresos con control precoz extrasistema", no deben estar incluidos en "Total Gestantes Ingresadas antes de las 14 Semanas"

R.6: las Gestantes con embarazo no planificado, deben estar contenidas en total de Gestantes ingresadas.

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.).

Es necesario recordar que las unidades de ARO tienen sus propias normas y flujos de derivación en cada Servicio de Salud, 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

Definiciones conceptuales

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

Métodos de regulación de fertilidad: Dispositivo Intrauterino con cobre, Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel, Hormonal (Oral combinado y progestágeno, Inyectable combinado y progestágeno e Implante Etonogestrel 3 y 5 años), anillo vaginal, Preservativo masculino (mujer y hombre), Esterilización Quirúrgica, este último método considera a las personas (hombre y mujer) con anticoncepción quirúrgica y Otros.

- **Anillo Vaginal:** Es un anillo flexible, transparente, incoloro a casi incoloro, en general este compuesto por Estrógenos y Progesterona.
- **Otros:** corresponde a otros métodos anticonceptivos como: parches anticonceptivos, métodos naturales, espermicidas, diafragma o capuchón cervical, esponja, descritos en la norma nacional de regulación de fertilidad, y nuevos desarrollados no considerados en las descripciones previas.

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.

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). No están incluidos en el total de regulación de fecundidad.

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.

Ingreso a anticoncepción posaborto: Corresponde a las personas que ingresan a uso de un método anticonceptivo en APS en el periodo posterior a un aborto, se incluye a quienes reciben anticoncepción por primera vez en el periodo post aborto en APS o quienes hayan iniciado en el establecimiento hospitalario al alta. Se refiere a una caracterización de los ingresos, por lo que están incluidos en el total de regulación de fecundidad.

Persona con discapacidad: 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)(17). 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

Se registra el número de personas que ingresan al programa de regulación de fertilidad, según método anticonceptivo por edad y sexo de las personas que ingresan, y espacios amigables, pueblos originarios, migrantes, inicio precoz de MAC nivel secundario y terciario; ingreso a Anticoncepción posaborto; identidad de género y persona con discapacidad.

Reglas de consistencia

R.1: El total de regulación de fertilidad excluye Método de Regulación de Fertilidad más Preservativos.

R.2: Los ingresos por cambio de método anticonceptivo no se deben considerar en Total de regulación de fertilidad (no son un subgrupo del total de ingresos).

Sección C.1: Ingresos a Salud Sexual

Definiciones conceptuales

Corresponde a las personas que ingresan para recibir de manera periódica insumos de Salud Sexual, según los siguientes insumos para práctica sexual segura:

Preservativo/práctica sexual segura (mujer y hombre): ingresos a preservativo masculino para práctica sexual segura considera a las personas que reciben preservativos no asociados a regulación de fertilidad, entre estas se encuentra prevención de VIH e ITS, usuarios, (as) LGBTIQ+, mujeres que ya no están en edad fértil. No considerar doble protección.

- Lubricantes (mujer y hombre).
- Condón Femenino.

Espacios amigables: Corresponde a las/los adolescentes atendidos en un Espacio Amigable que ingresan para recibir de manera sistemática insumos de salud sexual.

Definiciones operacionales

Se registra el número de personas que ingresan recibir insumos para práctica sexual segura según edad y sexo de las personas que ingresan; y según espacios amigables, pueblos originarios, migrantes, identidad de género y personas con discapacidad.

La entrega de preservativos masculino a hombres y mujeres, son de uso masculino.

Reglas de consistencia

R.1 La información de la columna “trans masculino”, “trans femenino” y “no binarie”; y “persona con discapacidad” debe estar contenida en los registros de la columna métodos, según corresponda.

Sección C.2: 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 caso de esterilización quirúrgica no tiene pérdida de vigencia, sólo se consignará egreso si ha cambiado de inscripción a otro centro de salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

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, Método de Regulación de Fertilidad más Preservativos, Gestantes que reciben preservativo, preservativo/ práctica sexual segura, lubricantes y condón femenino.

Sección D: Ingresos a Programa Control de Climaterio

Definiciones conceptuales

Para el caso de esterilización quirúrgica no tiene pérdida de vigencia, sólo se consignará egreso si ha cambiado de inscripción a otro centro de salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Definiciones operacionales

Se registra el número total de mujeres o personas de menores de 45 hasta 64 años que ingresan por primera vez al programa de climaterio.

Regla de consistencia

R.1 La información de la columna “trans masculino” y persona con discapacidad debe estar contenida en los registros de la columna total, según corresponda.

Sección E: Ingresos a Control de Salud de Recién Nacidos

Definiciones conceptuales

Corresponde al ingreso de niños y niñas igual o menor de 28 días a control de niño(a) sano(a) en establecimientos de nivel primario de atención (por profesional, 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 presenta 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.

Ingresos: Corresponde a los niños y niñas que ingresan por primera vez a la modalidad de estimulación del establecimiento de salud, que, como resultado de la aplicación de test de Evaluación de Desarrollo Psicomotor o pauta de detección de factores de riesgos biopsicosociales, se detectó condición de rezago, riesgo, retraso o riesgos biopsicosocial que podría afectar su normal desarrollo, se debe indicar la modalidad a la cual está ingresando ya sea:

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 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).

Egresos: Se registra bajo estas condiciones;

- **Cumplimiento de tratamiento Sala de estimulación:** Corresponde a los egresos de niños y niñas a los cuales se le realiza la totalidad del plan de trabajo elaborado en la modalidad de estimulación al ingreso.
- **Derivación a especialidad**: corresponde a los niños y niñas con sospecha de una patología de base, trastorno o condición que debe ser diagnosticada por un equipo de salud especializado, que ya cumplió con los siguientes pasos para ser egresados de MADIS y registrado en esta categoría:
- **Otros:** Corresponde a los egresos de niños y niñas por otros motivos, distintos a los anteriores.
- **Inasistentes:** 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.

Definiciones operacionales

Se deben registrar los ingresos y/o egresos a salas de estimulación, servicio itinerante o atención domiciliaria.

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.

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

Sección F.1: Reingresos y egresos por segunda vez 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 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.

Inasistentes: 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.

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

Sección G: Ingreso de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales 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.

Los niveles de complejidad de NANEAS son determinados por los puntajes de la nueva pauta de evaluación de complejidad de acuerdo con la "Orientación Técnica para el manejo integral de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS)" del año 2022.

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

Mediana complejidad: Puntaje: 9-15 puntos. NANEAS que se encuentran estables, pero requieren de cuidados específicos permanentes o frecuentes para realizar actividades de la vida diaria o para superar situaciones de discapacidad. El cuidado de este grupo requiere un equipo especializado y multidisciplinario para resolver necesidades complejas. En la actual estructura de nuestro sistema público de salud, su atención debería estar ubicada en el nivel secundario de salud: centro diagnóstico terapéutico, o centro

de referencia de salud, a cargo de un pediatra o médico familiar que centralice la toma de decisiones, en acuerdo con la familia y el niño, niña o adolescente.

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

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 presenta regla de consistencia.

Sección H: Ingresos al Programa de Salud Cardiovascular

Definiciones conceptuales

Corresponde a las personas que ingresan a control en el establecimiento de salud mediante el Programa de Salud Cardiovascular la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP), porque cuentan con confirmación diagnóstica realizada por médico, de una o más patologías o condiciones crónicas de origen cardiovascular, 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 que están descritas en la Orientación Técnica vigente del Programa de Salud Cardiovascular o en la documentación oficial vigente: Hipertensión Arteria l(HTA),), Protocolo HEARTS ,Diabetes Mellitus tipo 2(DM2), Dislipidemia, antecedentes de Infarto agudo al miocardio (IAM) y/o Ataque cerebrovascular (ACV), Enfermedad Renal Crónica (ERC), Tabaquismo actual en personas ≥ 55 años o antecedentes de otra enfermedad cardiovascular (excluyendo IAM y ACV) como enfermedad arterial periférica, enfermedad aórtica aterosclerótica, enfermedad renovascular, enfermedad carotídea y/o Fibrilación auricular (FA).

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 excepto en:

Personas con antecedente de DM2 y/o albuminuria moderada o severa con PAS mayor o igual a 130 mmHg.

Personas de 15 años y menores de 20 años, se deben seguir las orientaciones del documento “Orientación Técnica para la pesquisa, diagnóstico y manejo de la Hipertensión Arterial en la infancia y adolescencia” vigente.

Diabetes Mellitus: Registrar a personas que cumplen criterios diagnósticos de DM2 según las definiciones técnicas vigentes.

Dislipidemia: Registrar a personas que cumplen criterios diagnósticos de dislipidemias según las definiciones técnicas vigentes.

Antecedentes de Infarto Agudo al Miocardio (IAM): Registrar a personas que hayan tenido un infarto agudo al miocardio.

Antecedentes de otras enfermedades cardiovasculares (se excluye IAM y ACV): Registrar a personas que presenten cualquiera enfermedad cardiovascular, excepto IAM y ACV, como de las siguientes condiciones de salud: enfermedad arterial periférica, enfermedad aórtica aterosclerótica, enfermedad renovascular, enfermedad carotídea y/o Fibrilación Auricular (FA).

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

Enfermedad Renal Crónica (ERC): Registrar a personas que cumplen criterios diagnósticos de ERC, en cualquiera de sus estadios, según las definiciones técnicas vigentes

Tabaquismo de 55 años o más: Registrar a personas de 55 años o más que presenten consumo diario de tabaco (todos los días) o consumo de forma ocasional (fuma en la actualidad, pero no todos los días), en los últimos 12 meses.

Protocolo HEARTS: Registrar a personas con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), 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: HTA, Protocolo HEARTS, DM2, Dislipidemia, antecedentes de IAM y/o ACV, ERC, Tabaquismo actual en personas ≥ 55 años o antecedentes de otra enfermedad cardiovascular (excluyendo IAM y ACV): enfermedad arterial periférica, enfermedad aórtica aterosclerótica, enfermedad renovascular, enfermedad carotídea y/o

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 con 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.

R.2: Los ingresos al programa de dependencia Severa de la sección J deben estar contenidos en los ingresos de la sección V.

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 con 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 20 sesiones mixtas, estos pacientes podrán ser egresados del programa.

Dentro de las condiciones de egreso se encuentran:

- Completa Ciclo
- Abandono
- Traslado
- Fallecimiento

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 rango etario no corresponde la aplicación del EMPAM, ni la categorización funcional ya mencionada.

Se debe registrar el número de adultos mayores por sexo, según rango 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:

Violencia Física: Es aquella conducta que vulnera, perturba o amenaza la integridad física o su derecho a la vida. Ejemplos: empujones, tirones de pelo, pellizcos, cachetadas, quemaduras, rasguños, patadas, golpes de puños, golpes con objetos, ataques con armas, estrangulamiento. En los casos más extremos puede llegar a la muerte.

Violencia Sexual: todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (18,19)(18)(19).

Violencia Psicológica: Conducta u omisión que tiene por objeto causar temor e intimidación buscando controlar las conductas, sentimientos, pensamientos y/o decisiones de la persona que está siendo agredida; atentando contra su autonomía, integridad y bienestar psíquico.

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

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

a) **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.

b) **Suicidio:**

- **Ideación suicida**: incluyepensamientos sobre la muerte o sobre morir (“me gustaría desaparecer”), deseos de morir (“ojalá estuviera muerto”), pensamientos de hacerse daño (“a veces tengo ganas de cortarme con un cuchillo”), hasta un plan específico para suicidarse (“me voy a tirar desde mi balcón”).
- **Intento de suicidio:** Implica una serie de conductas o actos con lo que una persona intencionalmente busca causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación.

c) **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).

d) **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.

e) **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

f) **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.

g) **Trastornos de ansiedad**

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 diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la

vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Trastorno de Pánico: 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.

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.

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

Otros trastornos de ansiedad: Se incluyen el Trastorno obsesivo compulsivo, otras fobias específicas y el trastorno adaptativo. Además, los trastornos mixtos ansioso-depresivos deberán clasificarse en este apartado, cuando hay marcado predominio de la sintomatología ansiosa.

h) **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, uno de los primeros síntomas que suele aparecer es la apatía, la que suele confundirse con depresión.

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

- **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.

i) **Trastorno generalizado del desarrollo:**

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

j) **Epilepsia:** Son aquellas personas que presentan comorbilidad con otros trastornos de salud mental.

k) **Otras** (ejemplo: tabaco, disolventes volátiles, u otras sustancias psicoactivas)

Espacios Amigables: espacios de atención cercanos a adolescentes, con características que aseguran su accesibilidad, horarios diferidos de atención, gestión de tiempos de espera, con profesionales que cuentan con competencias específicas para la atención de este rango etario, con resguardo de la privacidad y confidencialidad; respetando las diversidades, sin discriminación; facilitando, además, la participación de adolescentes y su empoderamiento.

Los ingresos de adolescentes derivados de Espacios Amigables, corresponde a aquellas personas de 10 a 19 años pesquisadas con riesgo de problemas de salud mental en el Control de Salud Integral de Adolescentes, realizado por equipo de Espacio Amigable, evaluados por equipo de Salud Mental y que ingresan al Programa de Salud Mental.

Definiciones operacionales

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.

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.

Para el factor de riesgo “violencia” este se organiza en tres categorías: violencia física, violencia psicológica y violencia sexual, y para su registro se debe considerar que violencia sexual incluye la categoría “abuso sexual”.

Para el factor de riesgo ideación suicida la temporalidad para consignar en el registro corresponde a presencia de ideación suicida en el último mes.
Para el factor de riesgo intento de suicidio la temporalidad para consignar en el registro corresponde a

presencia de intento suicida en los últimos tres meses. Se registran sólo aquellas personas que presentan la condición de epilepsia y se encuentran recibiendo atenciones en el nivel primario de salud.

La pesquisa posterior al ingreso de factores de riesgos en una persona que ya se encuentra en control por Salud Mental no requiere que se registre nuevamente como ingreso en Sección N.

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/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, deben estar incluidos en los ingresos registrados según edad y sexo de las personas atendidas.

R.4: Los ingresos de adolescentes de 10 a 19 años, derivados de Espacios Amigables, deben estar incluidos en los ingresos registrados según rango etario y sexo.

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 rango 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 rango etario y sexo) e ingresarla registrarla por el rango etario 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 presenta 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 Corresponde a las personas usuarias que, a la fecha de reporte, no acudieron a su citación y han permanecidos inasistentes a los siguientes 6 meses consecutivos o más.

Abandono de tratamiento: Corresponde a las personas usuarias que a la fecha de reporte no han retirado tratamiento antirretroviral (TAR) en un periodo de 6 meses consecutivos o más.

Abandono de la atención: Corresponde a las personas usuarias que están en abandono de controles y de tratamiento para el periodo definido. Deben cumplir ambas condiciones descritas anteriormente.

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.

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.

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.

Aumento de funcionalidad familiar (4 puntos o más): Se debe registrar al usuario que, al egresar del programa, en la evaluación de funcionamiento familiar aumenta el puntaje en cuatro o más puntos.

Cumple con el 70% de los objetivos del plan de acompañamiento: Se debe registrar si el usuario al egresar cumple con al menos el 70% de los objetivos trazados en el Plan de Acompañamiento Psicosocial.

Egreso por alta clínica del Programa de Salud Mental: NNAJ que egresan del Programa de Acompañamiento Psicosocial y que, durante su permanencia, recibieron alta clínica del Programa Salud Mental.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

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

Definiciones conceptuales

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:

- **Sin Riesgo (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.

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.

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.

A partir de esta actividad, se espera que luego todas las acciones de salud tengan un abordaje integral.

Lo puede realizar de manera individual (médico o profesional) o en dupla (médico y profesional) con un enfoque integral en todos los niveles de complejidad. De preferencia si se cuentan con las condiciones, instalar y/o dar continuidad a los procesos de atención en dupla a la población de alto riesgo (G3).

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: El plan de cuidados integral consensuado corresponde al conjunto de acciones acordadas entre la persona y el equipo de salud, con el fin de promover la salud y, con ello, favorecer el automanejo y autocuidado y que impacten en los niveles de bienestar integral. Para su formulación se requiere participación activa de la persona y un equipo que desarrolle un estilo relacional horizontal, que promueva las capacidades de la persona, motivándola para que en conjunto se analice información relevante a nivel personal, familiar y de contexto. Cada persona tendrá un plan de intervención consensuado específico (una persona, un plan). La elaboración del Plan de cuidado integral consensuado incluye la definición del seguimiento que tendrá la persona, en estos encuentros (presenciales o a distancia). El seguimiento del plan permite conocer avances, mantención o retrocesos en los acuerdos establecidos y, a su vez, es reflejo del compromiso de continuidad en el cuidado que se ha establecido con la persona y su familia. Por último, el Plan de cuidado integral y consensuado debe velar por la continuidad del cuidado a través de la coordinación del equipo de salud y sus distintos abordajes.

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).

Ingreso Riesgo Moderado (G2): Corresponde al número de personas con 2 y hasta 4 condiciones crónicas ponderadas, estratificadas como riesgo moderado (G2)

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.

Las personas que egresan de gestión de casos continúan sus controles y seguimientos según su plan de cuidado integral.

No egresan de ECICEP.

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 V: Ingresos y egresos a atenciones del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa

Definiciones conceptuales

Se registran los ingresos y egresos al Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, disponible en todos los establecimientos de APS del país. El programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa (PADDS), apunta al cuidado integral de la persona con dependencia y su cuidador, mediante acciones de valoración integral, planificación y ejecución de cuidado integral y continuo por parte del equipo de salud y vinculación a estrategias intersectoriales.

La actividad de ingreso al PADDS se realiza a través de la VDI de ingreso para evaluación integral de la persona con dependencia severa y su cuidador, valoración de la situación de dependencia, el contexto familiar y de vivienda, evaluación y planificación de cuidados al cuidador e información respecto al programa y la organización de las atenciones de salud. Esta organización de las atenciones de salud se consignará en el Plan de Cuidado Integral tanto para la persona con dependencia como para la persona cuidadora, el que se desarrollará mediante el proceso de toma de decisiones compartidas, promoviendo la atención centrada en la persona y el cuidado integral y continuo. Para efectos de este registro se considerarán las siguientes definiciones:

Ingresos al PADDS: Corresponde a aquellas personas con dependencia que evaluadas con el índice de Barthel obtengan 35 puntos o menos, en las que se realiza la valoración integral y planificación del cuidado a través de una Visita Domiciliaria Integral. En casos excepcionales, la dependencia será certificada por médico para ingreso al programa, esto corresponde a niños de 6 años y menos y personas con deterioro cognitivo con necesidad de asistencia de terceros en forma permanente. Todas las personas ingresadas a PADDS deben contar con un Plan de Cuidado Integral, procurándose la entrega del cuidado integral continuo y centrado en la persona, de acuerdo con los principios del Modelo de Salud Familiar Integral y Comunitario y, la organización de los cuidados mediante la formulación, ejecución y seguimiento del Plan de Cuidado Integral.

Para ingresar al programa la persona con dependencia severa debe cumplir con los siguientes criterios:

- **Previsión de Salud:** FONASA y PRAIS, inscritos en el centro de salud
- **Edad:** Sin límite de edad
- **Nivel de dependencia:** Índice de Barthel con 35 puntos o menos. Casos excepcionales con certificación médica (niños de 6 años y menos; personas con deterioro cognitivo que requieren elevado nivel de asistencia)
- **Voluntariedad de ingreso al programa**: Manifestado en forma expresa según posibilidades de comprensión y comunicación. Se debe informar a la persona y familia respecto al programa, atenciones y formas de comunicación con equipo de salud

Ingreso de Cuidador al Programa de Atención de Dependencia Severa (PADDS): Corresponde al ingreso al programa PADDS de la persona que realiza la labor de cuidado principal de la persona con dependencia severa. Este cuidador/a es quien se identifica como tal ante el centro de salud y quien se vinculará con el equipo para efectos de comunicación y de acciones contenidas en el Plan de Cuidado Integral de la persona con dependencia severa y otras coordinaciones. En la actividad de ingreso se deberá evaluar la relación de cuidados, la sobrecarga del cuidador, la condición de salud del cuidador, mediante la valoración integral y la elaboración del Plan de Cuidados al Cuidador.

Egreso persona con dependencia: Los usuarios del Programa de Atención de Dependencia Severa (PADDS) pueden egresar del programa por diferentes causales, asociadas a cambio en el nivel de dependencia, a altas por causales administrativas, traslado hacia otro centro de salud, fallecimiento u otras causas.

Egreso persona cuidadora: Las personas cuidadoras pueden egresar del Programa de Atención de Dependencia Severa (PADDS) por diferentes causales vinculadas a egreso de la persona con dependencia severa del Programa de Atención de Dependencia Severa (PADDS), o por cambio o fallecimiento del cuidador/a.

Definiciones operacionales

El Programa de Atención de Dependencia Severa (PADDS), se debe integrar a la Estrategia de Cuidado Integral (ECICEP), por lo que en la APS se podrán consignar Ingresos a PADDS con Planes de Cuidado en ECICEP e Ingresos a PADDS con Planes de Cuidado no atendidos por la ECICEP, según el nivel de implementación de la estrategia, de acuerdo con las definiciones presentadas a continuación.

Ingresos Programa Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa

Ingresos con Plan de Cuidado Integral -ECICEP: Corresponde al ingreso a PADDS de personas con dependencia severa, según el marco conceptual y operativo de la ECICEP, que está implementada en el centro de salud respectivo y que incluye al PADDS.

Ingresos con Plan de Cuidado Integral – no ECICEP: Corresponde al ingreso a PADDS de personas con dependencia severa, en centros de salud que no tienen aún implementada la ECICEP o que están en vías de implementación, no incluyendo al PADDS.

Ingreso con Plan de Cuidado al Cuidador-ECICEP: Corresponde al ingreso a PADDS de personas cuidadoras, según el marco conceptual y operativo de la ECICEP, que está implementada en el centro de salud respectivo y que incluye al PADDS y sus cuidadores/as.

Ingreso con Plan de Cuidado al cuidador -no ECICEP: Corresponde al ingreso a PADDS de personas cuidadoras, en centros de salud que no tienen aún implementada la ECICEP o que están en vías de implementación, no incluyendo al PADDS y sus cuidadores/as.

Egresos Programa Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa

Respecto a los egresos del programa, estos se registrarán conforme a las causales de egreso, de la siguiente forma:

Egresos persona con dependencia

- Egresos por alta: Egreso del PADDS por alta clínica del programa. Ocurre cuando la persona ha disminuido su nivel de dependencia.
- Egresos por alta administrativa: Egreso del PADDS por determinación administrativa debido a rechazos consecutivos de la atención por parte de la persona con dependencia severa y/o cuidador, que no permite al equipo de salud la ejecución de actividades de cuidado.
- Egreso por traslado: Egreso del PADDS por traslado de la persona con dependencia hacia otro centro de salud.
- Egresos por fallecimiento: Egreso del PADDS por fallecimiento de la persona con dependencia severa.

Egresos por otras causas: Egreso del PADDS por causales diferentes a las anteriores.

Egreso Cuidador

Egreso por alta persona con dependencia: Cuidador egresa del PADDS debido a que sujeto del cuidado ya no cumple con los criterios para permanecer en el programa, habiendo disminuido su nivel de dependencia.

Egreso por cambio de cuidador: Cuidador egresa del PADDS, porque el cuidado directo de persona con dependencia severa lo asume otra persona.

Egreso por alta administrativa: Cuidador egresa del PADDS, por determinación administrativa debido a rechazos consecutivos de la atención por parte de la persona con dependencia severa y/o el cuidador, que no permite al equipo de salud la ejecución de actividades de cuidado.

Egreso por traslado: Cuidador egresa del PADDS, por traslado de la persona con dependencia severa hacia otro centro de salud.

Egreso por fallecimiento persona con dependencia: Cuidador egresa del PADDS, por fallecimiento de la persona con dependencia severa.

SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil: Corresponde registrar los niños, niñas y adolescentes que pertenecen a SENAME como a aquellos que pertenecen al Servicio Nacional de reinserción social juvenil.

Servicio nacional. protección Especializada a la Niñez y Adolescencia: corresponde registrar a los niños, niñas y adolescentes que pertenecen al Servicio Nacional de protección especializada de la niñez y adolescencia.

Reglas de consistencia

No presenta regla de consistencia.

Sección W: Ingreso y egreso Programa Acompañamiento a la Identidad de Género en nivel de especialidad

El Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género (PAIG) es mandatado por la Ley N.º 21.120(20) que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género, la cual entró en vigor en 2018.

El objetivo del Programa es entregar acompañamiento psicosocial a niños, niñas y adolescentes (NNA), sus familias y contextos sociales cercanos (principalmente comunidades educativas) a través del trabajo de una dupla psicosocial (profesionales psicólogos y trabajadores sociales). Tiene un carácter promocional y preventivo, e implementa acciones destinadas a reducir la exposición a factores de riesgo que afectan a niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme (GNC), y promover su desarrollo integral y nivel más alto posible de salud. Para cada caso y según las características y necesidades individuales, el Programa elabora un Plan de Cuidados Integrales (PCI) que incluye una intervención en los ámbitos individual, familiar y social o educativo.

Definiciones conceptuales

Ingreso Programa PAIG: Se debe registrar el número de NNA trans y GNC que ingresan al PAIG. Se entenderá como ingreso aquellas personas que cumplen los criterios para ser admitidos en el Programa: rango etario de los 3 años, 0 meses, 0 días a los 17 años, 11, meses, 29 días y Requerimiento de Plan de cuidados integrales (PCI) posterior a evaluación psicosocial integral.

Descriptores de variable ingreso

En el siguiente apartado se describen atributos de la variable ingreso que se deben detallar, se pretende que reporten variables agrupadas por el total y desagregadas por riesgos.

1. **Procedencia de Derivación**

    a. **Establecimientos Educacionales**: Hace referencia a toda derivación recibida desde colegios, liceos, escuelas y/o centros educativos que soliciten acompañamiento a la

identidad de género de la persona. Estas deben ser desagregadas por nivel de riesgo según la clasificación de riesgo (ver siguiente apartado)

b. **APS:** Hace referencia a toda derivación recibida desde Atención primaria de salud. Estas deben ser desagregadas por nivel de riesgo según la clasificación de riesgo (ver siguiente apartado)

c. **Nivel secundario y Terciario de Salud:** Hace referencia a toda derivación recibida procedente de consultas ambulatorias u Hospitalizaciones. Estas deben incluir en la definición dispositivos ambulatorio de salud mental como, COSAM u otros centros ambulatorios de salud mental y hospitalizaciones de salud mental, según sea posible la pertinencia en los flujos de referencia y contrarreferencia local. Estas deben ser desagregadas por nivel de riesgo según la clasificación de riesgo (ver siguiente apartado)

d. **Sistema Judicial:** Hace referencia a toda derivación recibida de algún dispositivo del sistema judicial de chile, sea Tribunal de familia, tribunal penal u otro dispositivo del sistema judicial como SENAME y sus programas de apoyo a la reinserción. Estas deben ser desagregadas por nivel de riesgo según la clasificación de riesgo (ver siguiente apartado)

e. **Intersector**: Hace referencia a toda derivación recibida de alguna entidad que de colaboración y coordinación entre diferentes sectores gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil para abordar problemas sociales y particularmente en el sector salud. Con esto nos referimos a Organización de sociedades civiles con afinidad a la temática, oficinas locales de infancia, Oficina de diversidad y género de los municipios, Organismo Serv. Nac. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y entidades colaboradoras o cualquier otra entidad con afinidad a la temática que corresponda a la definición presentada. Estas deben ser desagregadas por nivel de riesgo según la clasificación de riesgo (ver siguiente apartado)

f. **Consulta espontánea a PAIG**: Hace referencia a toda posibilidad recibir un ingreso de que personas menores de edad y/o sus familias o tutores, que de manera directa soliciten el ingreso al Programa de Acompañamiento e Identidad de Género (PAIG) sin necesidad de una derivación previa. Estas deben ser desagregadas por nivel de riesgo según la clasificación de riesgo (ver siguiente apartado)

2. Acompañamiento al ingreso

a. **Padres o tutores legales**: Hace referencia a todas las personas que acompañan al usuario al ingreso al PAIG y que se definen como legalmente designadas para cuidar y tomar decisiones en nombre de un menor de edad. Esto incluye responsabilidades como la educación, atención médica y bienestar general. Estas deben ser desagregadas por nivel de riesgo según la clasificación de riesgo (ver siguiente apartado)

b. **Adultos significativos (diferente del tutor legal):** Hace referencia a todas las personas que acompañan al usuario al ingreso al PAIG y corresponden a adultos que tienen una relación

importante con la persona, como familiares cercanos o amigos, pero que no tienen responsabilidades legales formales sobre ellos. Estas deben ser desagregadas por nivel de riesgo según la clasificación de riesgo (ver siguiente apartado)

c. **Sin acompañamiento:** Hace referencia a la situación en las que la persona ingresa al programa sin la presencia de ningún acompañante, ya sea legal o significativo. Estas deben ser desagregadas por nivel de riesgo según la clasificación de riesgo (ver siguiente apartado)

Clasificación de riesgo: El riesgo del NNA identifica la presencia de factores y recursos protectores individuales, familiares o sociales, y adversidad o riesgo psicosocial, especialmente en relación con el desarrollo de la identidad y expresión de género. Su evaluación es en los tres ámbitos de acción de la dupla psicosocial: individual, familiar y educacional

Egresos programa PAIG: Existen 5 tipos de egresos posibles:

1. Egresos con nivel de riesgo bajo: Cumplimiento de los objetivos formulados en el PCI con riesgo bajo a la evaluación final con dupla psicosocial
2. Egresos con nivel de riesgo medio: Cumplimiento de los objetivos formulados en el PCI con medio bajo a la evaluación final con dupla psicosocial
3. Egresos con nivel de riesgo alto: Cumplimiento de los objetivos formulados en el PCI con riesgo alto a la evaluación final con dupla psicosocial
4. Egresos sin completar PCI: incluye:
    - Se consignará cuando se produce inasistencia (NSP), sin aviso previo, en 2 citas consecutivas, programadas y consensuadas (día y hora) entre el establecimiento y el NNA, familiares y/o cuidadores. En este caso se debe gestionar una actividad de rescate por la dupla, pudiendo ser: visita domiciliaria y/o atención telemática o remota, entre otras. Si luego de esa intervención y habiéndose asignado con posterioridad una nueva cita se produce nuevamente una NSP (3er NSP), sin aviso previo, se consignará como egreso
    - Renuncia voluntaria al programa
    - Traslado y continuidad del PCI en otro establecimiento
    - Fallecimiento
5. Egresos por abandono: Cumplimiento de la edad máxima de permanencia en el programa (18 años, 0 meses, 0 días)

Número de niños niñas y adolescentes en atención: Corresponde a la cantidad de NNA activos que pertenecen al programa y que la dupla psicosocial se encuentra acompañándolos a través de un Plan de Cuidados Integrales

Identidad de género: Se entiende como el sentido personal y profundo de ser una persona masculina, femenina, ambas o ninguna de estas opciones. Es diferente (a la vez que relacionada) a la expresión de género, que se refiere a la manera en que una persona expresa su género a través de su presentación y conducta, incluyendo -pero no restringiéndose- a aspectos como: nombre, pronombres preferidos, vestuario, accesorios, peinado, lenguaje no verbal, entre otros(21).

1. **Identidad de género trans o género no conforme**: Incluye a todas aquellas personas que no se identifican con el género asignado al momento de nacer, o "sexo biológico". Acorde a la Norma Técnica N°231 de "Estándares de Información en Salud" (2023)(22) pueden ser: las personas Transgénero Masculino (la persona de sexo "Mujer" asignado al nacer, que se identifica a sí mismo como de género masculino), Transgénero Femenina (la persona de sexo "Hombre" asignado al nacer, que se identifica a sí misma como de género femenino); No binarie (la persona que no se identifica con ninguno de los géneros convencionales femenina o masculino) u Otra identidad de género no descrita previamente y señalada por la persona.
2. **Identidad de género no trans ni género no conforme:** Incluye a todas aquellas personas que se identifican con el género asignado al momento de nacer, o «personas cisgénero». Acorde a la Norma Técnica N°231 de "Estándares de Información en Salud" (2023) (22)pueden ser: Masculino (la persona de sexo "Hombre" asignado al nacer, que se identifica a sí mismo como de género masculino), Femenina (la persona de sexo "Mujer" asignado al nacer, que se identifica a sí misma como de género femenino).

Definiciones Operacionales

Ingresos al acompañamiento a la identidad de género en NNA en nivel secundario asociado a riesgo: se registran los ingresos mensuales al programa asociados a riesgo de evaluación inicial. Segregado por sexo biológico, edad e identidad de género. Este ingreso corresponde al programa, no al establecimiento.

Egresos al acompañamiento a la identidad de género en NNA en nivel secundario asociado a riesgo: se registran los egresos mensuales asociados a riesgo de evaluación. Segregado por sexo biológico, edad e identidad de género

Número de niños niñas y adolescentes en atención en el programa de acompañamiento a la identidad de género en NNA en nivel secundario: Se registran los NNA activos, que se encuentran realizando un plan de cuidados integrales por la dupla psicosocial. Segregado por sexo biológico, edad e identidad de género

SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil: Corresponde registrar los niños, niñas y adolescentes que pertenecen a SENAME como a aquellos que pertenecen al Servicio Nacional de reinserción social juvenil.

NNJ del Serv. Nac. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia: corresponde registrar a los niños, niñas y adolescentes que pertenecen al Servicio Nacional de protección especializada de la niñez y adolescencia.

Reglas de consistencia

R.1: La Sumatoria de los ingresos mensuales debe ser igual a sumatoria de cada descriptor de ingreso. Así la sumatoria de ingresos debe ser igual a la sumatoria de "Procedencia de Ingreso" y debe ser igual a la sumatoria de "Acompañamiento al ingreso".

Sección X: Intervenciones realizadas por ámbito dentro del Programa de Acompañamiento a la Identidad de género (PAIG)

Definiciones conceptuales

Las intervenciones realizadas por la dupla psicosocial se definen en tres ámbitos:

1. **Intervención Ámbito Individual:** Actividades en las que asisten y/o participan los NNA. Las prestaciones posibles son:
   a) Consulta psicológica: Dirigida al NNA, con la participación de la familia si es necesario para su acompañamiento. Busca sostener un enfoque de promoción del desarrollo integral y de prevención de dificultades
   b) Acompañamiento en la toma de decisiones difíciles del NNA: Dirigida al NNA, con la participación de la familia si es necesario para su acompañamiento. Busca acompañar de forma afirmativa al NNA y su familia en aquellas decisiones que deberán ir tomando de acuerdo con su edad y desarrollo, y en relación con su identidad de género
   c) Consulta de seguimiento: Una vez ejecutado el PCI, se volverá a realizar una evaluación acotada, siguiendo una metodología similar a la inicial.
   d) Otras: Intervenciones realizadas que no se definan con las actividades señaladas anteriormente.

2. **Intervención Ámbito Familiar**: actividades planificadas que contaron con la asistencia y/o participación efectiva de al menos un familiar y/o cuidador. Las prestaciones posibles son:
   a) Intervención Familiar: Dirigida al grupo familiar, con la participación del NNA si es necesario para su Acompañamiento. Busca apoyar a la familia en alcanzar recursos protectores del desarrollo integral del NNA y afirmativos de su identidad.
   b) Visita domiciliaria integral familiar: Actividad realizada en el lugar de residencia del NNA y su familia (a realizar en un momento y espacio de consenso entre las partes), con la participación de quienes corresponda según las necesidades.
   c) Otras: Intervenciones realizadas que no se definan con las actividades señaladas anteriormente.

3. **Intervención Ámbito Educacional**: actividades que contó con la participación efectiva de uno o más directivos y/o docentes. Las prestaciones posibles son:
   a) Visita integral de acompañamiento: Actividad que se realiza en el lugar asociado al ámbito educacional y comunitario del NNA, con la participación de quienes corresponda según las necesidades. Estas visitas incluyen acciones de coordinación con el intersector.
   b) Coordinación Telemática: Actividad que se realiza de forma telemática con la participación de docentes/directivos/encargados de convivencia escolar u otro programa para seguimiento de planificación o realización de alguna actividad.

Definiciones Operacionales

Intervenciones realizadas en los diferentes ámbitos: Se registran las intervenciones efectuadas en los establecimientos por especialidad por la dupla psicosocial, segregadas por ámbito individual, familiar y educacional, y según rango etario. Todas estas son consideradas como parte de la producción propia del establecimiento.

- **Ámbito individual**: número de actividades en las que asisten y/o participan los NNNA
- **Ámbito Familiar**: número de actividades planificadas que contaron con la asistencia y/o participación efectiva de al menos un familiar y/o cuidador
- **Ámbito Educativo**: número de actividades que contó con la participación efectiva de uno o más directivos y/o docentes

SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil: Corresponde registrar los niños, niñas y adolescentes que pertenecen a SENAME como a aquellos que pertenecen al Servicio Nacional de reinserción social juvenil.

Niños, Niñas adolescentes y jóvenes del Servicio Nacional de protección Especializada a la Niñez y Adolescencia: corresponde registrar a los niños, niñas y adolescentes que pertenecen al Servicio Nacional de protección especializada de la niñez y adolescencia.

Reglas de consistencia

No presenta regla de consistencia.

REM A06: PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES

Secciones del REM A.06

Sección A

- **Sección A.1:** Controles de Atención Primaria/Especialidades
- **Sección A.2:** Consultorías de Salud Mental en APS
- **Sección A.3:** Consultorías de Salud Mental otorgada por el nivel de especialidad

Sección B

- **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 (En lo Penal, Civil, Familiar, etc)
- **Sección B.4:** Dispositivos de salud mental

Sección C

- **Sección C.1:** Actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria
- **Sección C.2:** Informes a tribunales
- **Sección C.3:** Informes a Intersector

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

Sección K: Salud Mental en Situaciones de Emergencia o desastre

- **Sección K.1:** Actividades de Coordinación en Situaciones de Emergencia y desastre

Sección L: Procedimientos realizados en Atención Hospitalaria

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.

Sección A

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.

Cuidadores de personas con demencia: Los cuidadores son las personas mayores de 18 años que dedican su tiempo a labores de cuidado no remunerado, es decir, que entregan asistencia permanente sin remuneración. En este caso se refiere a los cuidadores de personas que tienen diagnóstico de Demencia y se encuentran en tratamiento.

Existen dos tipos de personas cuidadoras:

Persona cuidadora principal: quienes destinan el mayor número de horas al día a entregar asistencia de cuidados o apoyo permanente a personas que lo requieran.

Persona cuidadora secundaria: quienes destinan menos horas al día, en relación con la cuidadora principal, a entregar asistencia de cuidados o apoyo permanente a personas que lo requieran.

Definiciones operacionales

Se registran los controles por tipo de profesional, desagregadas por sexo y rango etario. No olvidar registrar en las columnas referidas a atributo según corresponda a la población atendida. 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 primera sesión 12 personas, la segunda sesión 11, tercera sesión 10, y cuarta sesión 11, se contabilizan 44 por depresión, mientras que los participantes que asistieron por alcohol y drogas fue en la primera sesión 12, la segunda sesión 12, tercera sesión 8, y cuarta 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 rango etario.

Cuidador/es de Persona/s con Demencia: Referida a la prestación individual y grupal para la persona cuidadora de una persona con demencia, que se encuentre en tratamiento de salud mental por un diagnóstico o condición/factor de riesgo de salud mental.

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, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, Niños, Niñas, Adolescentes y Servicio nacional protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 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 permite 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 Teleconsultorías 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 contrarreferencia 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 Teleconsultorías.

- **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.1.

Sección B

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

Definiciones conceptuales

Psicoterapia grupal: Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por un profesional clínico con formación 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 presenta 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 rango etario y sexo.

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

Regla de consistencia

Esta sección no presenta 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(23).

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 presenta 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 etario 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 presenta regla de consistencia.

Sección C

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.

- **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.

  Reuniones con el sector salud: Corresponde a las reuniones que se realizan entre instituciones del sector salud. Entre las instituciones se encuentran Centros de Salud Mental Comunitaria, servicios de psiquiatría de hospitales, CRS, CDT, unidades de hospitalización de corta estadía, etc.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta 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 C.3: Informes a Intersector

Definición conceptual

Corresponde a la elaboración de informes realizados a programas intersectoriales a petición de un usuario o padre, madre o cuidador de usuario/s menor de edad.

Definición operacional

Se registra el número total de informes elaborados por cada uno de los programas que se encuentran definidos (Establecimientos Educacionales, OLN/OPD, Otros Programas) dependiendo del rango etario.

En la categoría Otros programas se deben registrar aquellos programas que son parte de la oferta territorial o municipal como por ejemplo los que desarrolla DIDECO, Programa Apoyo a Victimas, entre otros.

Del número total de informes registrados, se debe indicar cuantos corresponden a población Serv. Nac. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia o SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil.

Regla de consistencia

R.1: Esta sección no presenta reglas de consistencia

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 presenta 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 de la CIE-10, para luego determinar el nivel de cuidados que requiere la persona. Este registro se encuentra en el contexto de la Estrategia de Mejora de la Calidad de la Atención de Salud Mental en APS.

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 presenta 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 (GDS) de Reisberg, 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 de personas con demencia con reevaluación de sobrecarga del cuidado: 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 principales de personas con demencia con evaluación de satisfacción usuaria del proceso de intervención: Asociada a la aplicación de la Escala de Satisfacción Usuaria del Plan Nacional de Demencia a cuidadores principales de personas con demencia, la que puede presentar tres ámbitos: mejora, mantención o disminución.

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)

Se registra el aumento, mantención o disminución de la variable satisfacción de usuaria en cuidadores principales de personas con demencia.

Reglas de consistencia

Esta sección no presenta 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 Nueva Salud Mental (Ingreso) por Equipo de Salud Mental: Corresponde a actividad de primera consulta que realiza el equipo de salud mental de especialidad para definir ingreso al establecimiento.

Esta actividad 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 uno o más integrantes del equipo, uno de los cuales es el médico especialista, según lo establecido con el sistema de registro de RRHH (SIRH) en el establecimiento de

referencia y/o Superintendencia de Salud (Ord. 2760 Subsecretaría de Redes Asistenciales de Información sobre Causales de Salida Lista de Espera No GES).

La duración de esta actividad está definida en la Orientación de Programación en Red de cada año.

Definiciones operacionales

La actividad uniprofesional corresponde cuando en la actividad de ingreso participa sólo el médico psiquiatra u otro médico especialista, según lo establecido con el sistema de registro de RRHH (SIRH) en el establecimiento de referencia y/o Superintendencia de Salud, sin otro integrante del equipo.

La actividad de dos o más profesionales (multiprofesional), se refiere a la acción en que participa el médico especialista, u otro médico especialista, según lo establecido con el sistema de registro de RRHH (SIRH) en el establecimiento de referencia y/o Superintendencia de Salud, más uno o más integrantes del equipo de especialidad de salud mental.

Regla de consistencia

R.1: Beneficiarios, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, Servicio nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, pueblos originarios y migrantes deben estar incluidos en los grupos de edad y sexo de las personas atendidas.

R.2: En REM A06 Sección H se registra la consulta nueva de Médico Psiquiatra, u otro Médico Especialista según lo establecido con el sistema de registro de RRHH (SIRH) en el establecimiento de referencia y/o Superintendencia de Salud, agregando la participación de uno o más profesionales no médicos del equipo de especialidad de salud mental.

R.3: La consulta nueva por Médico Psiquiatra u otro Médico Especialista debe ser igual a lo reportado en REM A07 Sección A de Atenciones Médicas de Especialidad.

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 presenta 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 rango etario.

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 rango 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 rango etario.

Se incluye, además, el registro de la condición de beneficiario, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, Serv. Nac. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, pueblo originario y/o situación de migrante asociada.

Regla de consistencia

R.1: Beneficiarios,SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, Serv. Nac. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 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.

Sección K.1: Actividades de Coordinación en Situaciones de Emergencia y Desastre

Definiciones conceptuales

Trabajo Intersectorial: Actividad realizada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental, con el propósito de coordinarse con los distintos sectores sociales o realizar actividades de promoción y prevención (en establecimientos educacionales, laborales, de protección, etc.) para favorecer las condiciones de salud mental de la población y para facilitar la integración social de personas con trastornos o problemas de salud mental.

Trabajo Sectorial: Actividad realizada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental, con el propósito de coordinarse con los distintos equipos de la red de salud o realizar actividades de promoción y prevención (en establecimientos educacionales, laborales, de protección, etc.) para favorecer las condiciones de salud mental de la población y para facilitar la integración social de personas con trastornos o problemas de salud mental.

Actividad Comunitaria: Actividades realizadas en la comunidad por integrantes del equipo de salud con el propósito de coordinarse con los distintos actores sociales de la comunidad u organizaciones comunitarias de base, para identificar y abordar factores de riesgos, participar en actividades de promoción, prevención en salud mental, favorecer la inclusión social y comunitaria de las personas con enfermedad mental, identificar y fortalecer recursos comunitarios, disminuir estigma y favorecer la participación social en los ámbitos de interés de la persona, haciendo participe a la comunidad del proceso de recuperación de la persona y a mantener o evitar la pérdida de habilidades cognitivas, sociales, académicas y profesionales.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta reglas de consistencia.

Sección L: Procedimientos realizados en Atención Hospitalaria

Definiciones conceptuales

La terapia electroconvulsiva induce la actividad de ataques convulsivos mediante el paso de una corriente eléctrica a través del cerebro. El uso de medicamentos reduce al mínimo el ataque convulsivo actual, para que así ocurra muy poco movimiento en el cuerpo ya que la actividad de ataques convulsivos se limita principalmente al cerebro(24).

- Inicio de tratamiento: corresponde a la primera sesión de tratamiento de terapia electroconvulsiva, independiente del número total de sesiones totales realizadas en el curso de tratamiento.
- Sesiones de tratamiento: corresponde a cada una de las sesiones de tratamiento con Terapia electroconvulsiva.
- Atención abierta: sesiones de Terapia electroconvulsiva realizadas a personas en modalidad ambulatoria, no cursando una hospitalización cerrada.
- Atención cerrada: sesiones de Terapia electroconvulsiva realizadas a personas cursando una hospitalización cerrada

Definiciones operacionales

Se debe registrar las sesiones de terapia electroconvulsivante según corresponda a inicio (primera sesión de la serie) o tratamiento, según rango etario y sexo.
Además, se debe registrar si las sesiones de TEC se realizan en modalidad de atención abierta o cerrada según corresponda.

Regla de consistencia

R.1: El total de ambos sexos debe ser igual a la sumatoria de las columnas atención abierta y atención cerrada.

REM A07: ATENCIONES DE ESPECIALIDADES

SECCIONES DEL REM-A.07

Sección A: Consultas médicas de especialidad

Sección A.1: Atributos de las atenciones de especialidad

Sección B: Atenciones médicas por Programas y Policlínicos (incluidas en Sección A y A.1)

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

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

Sección E: Actividades de Profesional de Enlace en el Nivel Secundario y Terciario según Riesgo (ECICEP)

Sección F: Actividades Comité de Protección de Infancia y Adolescencia (CPIA)

Sección G: Actividades Comité Oncológico

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 establecimientos pertenecientes al Programa Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS). Además, todos los establecimientos de APS que cuenten con algún Médico especialista.

Sección A: Consultas 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), desagregadas 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 estas columnas).

Los datos se desglosan por edad de los consultantes en menores de 18 años y de 18 y más años, según el origen (APS, CAE/CDT de hospitales, CRS, Urgencia) y por especialidad.

Por último, todas las consultas de especialidad que son resueltas por un médico general deben ser registradas en las últimas columnas, desagregadas por menores de 18 años y 18 años y más.

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.

R.3: Las consultas de especialidad resuelta por médico general, deben estar contenidas en los grupos por edad.

R.4: Las consultas Nuevas de especialidad médica, están incluidas dentro del total de consultas y controles médicos.

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: Corresponde a un mecanismo de coordinación clínica donde el especialista informa al profesional del establecimiento o Servicio clínico derivador, respecto a la Solicitud de Interconsulta (SIC). Esta respuesta se refleja a través de un documento que posee un conjunto de datos clínicos y administrativos que proporcionan un resumen de la atención realizada.

La contrarreferencia incorpora dos momentos:

1. Contrarreferencia inicial: Documento que se genera cuando el usuario recibe su primera atención (consulta nueva), en ella se informa al establecimiento de origen que el usuario fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y se señala el plan de tratamiento.

2. Contrarreferencia al alta: Documento de respuesta generado por el especialista y dirigido al profesional del establecimiento o Servicio Clínico que originó la SIC, cuando el usuario está dado de alta por el motivo de consulta por el cual fue derivado hacia una determinada especialidad.

(*) Nota: cuando la contrarreferencia ocurre tras la primera atención, sólo aplica realizar el segundo momento descrito anteriormente.

Alta de consulta de especialidad ambulatoria: Corresponde al acto clínico y administrativo que se realiza cuando el usuario ya ha resuelto el problema de salud o requerimiento clínico que originó la derivación al nivel de especialidad ambulatoria. En este ítem también se incluyen las altas administrativas definidas para los casos que el paciente no se presenta durante dos citaciones con contacto efectivo de manera consecutiva o por renuncia del paciente a la atención, siempre con un registro de respaldo.

Compras de Servicio: Corresponden a prestaciones denominadas “consultas de especialidades”, que son compradas por los establecimientos con financiamiento distinto al presupuesto operacional destinado para la producción por especialistas. Estas prestaciones pueden realizarse mediante compra de servicios profesionales de la red pública y/o red privada, de acuerdo con el marco normativo vigente, con la finalidad de gestionar las atenciones con foco en la disminución de la lista de espera con o sin Garantías Explicitas en Salud (GES).

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 rango etario para menores de 18 años y 18 y más años. Si el establecimiento no observa contrarreferencias realizadas, debe registrar valor cero en cada especialidad.

Inasistentes a consulta médica (no se presenta (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:

- En la red pública se registra la producción realizada por prestación de servicios de profesional Desde la misma red con financiamiento distinto al operacional.
- En privados se registra lo ejecutado por servicios profesionales de la red privada, independiente del establecimiento en que se realiza la prestación.
- Las consultas de especialidades realizadas por “Compra de Servicios” deben registrarse de acuerdo con la consulta de especialidad realizada, no a la especialidad del médico que presta el servicio.
- Estas prestaciones no deben ser desglosadas por edad ni sexo.

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" de la sección A.1 no deben estar contenidas en REM 07, sección A de "Atenciones médicas de Especialidad", ya que son consultas financiadas con recursos adicionales al presupuesto de RRHH, que no forman parte de la programación y producción propia que financia mensualmente el establecimiento.

R.2: 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)

Definiciones conceptuales

Corresponde a las atenciones médicas de especialidad otorgadas a usuarios para el diagnóstico y tratamiento en unidades de policlínicos 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.
- 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 (Excluye PACTO).
- Programa de Acompañamiento y Cuidado a Personas Víctimas de Trauma Ocular (PACTO): Estrategia ministerial para dar cobertura de atención en salud para un grupo específico de personas con trauma ocular, lesiones graves y lesiones por perdigones, ocurrido en el contexto de manifestaciones sociales desde octubre 2019 hasta el 11.03.22.

Definiciones operacionales

Se registran las atenciones realizadas en los policlínicos de especialidades, de acuerdo con los programas derivados, desagregados por rango 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 los médicos 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.

Atenciones pacientes oncológicos: Corresponde a todas las atenciones que realizan el o los profesionales no médicos, a los pacientes con diagnóstico de cáncer.

Atenciones pacientes PACTO: Corresponde una estrategia ministerial que brinda atenciones por distintos profesionales no médicos, a un grupo especifico de personas que hayan sufrido un trauma ocular en contexto de manifestaciones sociales producto de la contingencia social ocurrida desde octubre de 2019 hasta el 11 de marzo de 2022, independiente de su previsión.

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/a Médico, Trabajador/a Social y Terapeuta Ocupacional, desagregados por grupos de edad, por sexo y condición de beneficiarios, pertenencia pueblos originarios y/o migrantes.

Se deben incluir el total de controles que realizan los distintos profesionales, los cuales deben estar incluidos en los grupos por edad.

Para los profesionales que realizan atenciones de salud mental, deberán registrar en el REM A06, sin duplicación de información en REM A07.

Además, se debe registrar en los pacientes oncológicos (desagregados por menores de 18 años y 18 y más años), y los beneficiarios del programa PACTO (desagregados por edades de 18 a 29 años y 30 y más). Las atenciones registradas en estas columnas deben estar contenidas en la desagregación por sexo y edad.

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 atenciones correspondientes a pueblos originarios, migrantes y beneficiarios debe ser igual o menor al total Ambos Sexos.

R.3: La suma de las columnas de atenciones realizadas a pacientes oncológicos deben ser igual o menor al total Ambos Sexos.

R.4: La suma de las columnas de atenciones realizadas a pacientes PACTO, deben ser menor al total Ambos Sexos.

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 del nivel secundario. Estas se desagregan por edad y sexo. Además, se debe registrar las características de Beneficiario, transfemenina, transmasculino, pertenencia a pueblos originarios,

condición migrante y si son niños, niñas, adolescentes o jóvenes de Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil.

Regla de consistencia

R.1: Estas consultas están incluidas en la Sección C.

R.2: El total de pacientes atendidos, correspondientes a Trans Femenina y Masculino, Pueblos Originarios, Migrantes, jóvenes de Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil , no debe ser mayor al total de atenciones.

Sección E: Actividades de Profesional de Enlace en el Nivel Secundario y Terciario según Riesgo (ECICEP)

La continuidad del cuidado es un proceso que tiene por objetivo, apoyar a la persona en su tránsito por la Red, cuando ésta ha sido derivada a atención de especialidad o atendida en servicios de urgencia y/u hospitalización.

Esta acción debe articular actores y procesos, con el fin de favorecer la pronta respuesta de la Red a las necesidades de las personas y propiciar la continuidad del cuidado. Por definición, esta actividad está orientada a personas de alta complejidad (G3) ya ingresados a gestión de casos o a aquellos que por los diagnósticos de ingreso al Servicio de Urgencia o al hospital, requieren ser rescatados. Para ello, se requiere de PDE en cada establecimiento hospitalario de la Red, quien se constituye en un referente para los equipos de APS y una figura de acompañamiento, apoyo, orientación y seguimiento para las personas de alta complejidad que forman parte de la ECICEP o que ingresan a ella. De esta forma, deberá favorecer la comunicación entre los actores mencionados y el nivel secundario y terciario.

El rol del profesional de enlace (PDE) tiene como finalidad principal favorecer la transición efectiva de las personas desde el nivel hospitalario al ambulatorio, apuntando con ello a mejorar la calidad del cuidado, disminuir el tiempo de recuperación, reducir las tasas de re-hospitalización y el costo en salud. Para ello, mantiene una coordinación continua con los equipos de los distintos niveles de atención.

Definiciones conceptuales

Ingreso a atención de PDE: Se entiende como la atención realizada por profesional de enlace (PDE) a personas de alto riesgo (G3: 5 o más condiciones crónicas ponderadas) o riesgo moderado (G2: de 2 a 4 condiciones crónicas ponderadas), derivadas desde APS, especialidad ambulatoria, hospitalización o de urgencia, para favorecer la continuidad de cuidados en nivel secundario y terciario. Esta puede ser presencial o remota.

Seguimiento de PDE: corresponde a toda actividad de acompañamiento que realiza el PDE dirigida a personas, familia o persona significativa con condiciones crónicas de alto (G3) y moderado (G2) riesgo. Estas actividades pueden ser de seguimiento presencial, seguimiento telefónico o seguimiento remoto con equipamiento ad hoc. Tiene por objeto proveer apoyo, fortalecer la percepción de autoeficacia y efectuar seguimiento del cumplimiento del plan de cuidado y ajustes al mismo si fuera necesario. Esta puede ser presencial o remota.

Continuidad en la gestión (PDE-APS): Se entiende como la provisión de la atención de manera coordinada en el tiempo para que se complementen los servicios y no se pierdan o dupliquen las pruebas y servicios solicitados, en este contexto corresponde a la actividad conjunta e interactiva entre el profesional de enlace y el equipo de salud de APS, con el propósito de aportar a la capacidad resolutiva del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia entre ambos niveles de atención y garantizar los cuidados compartidos y la continuidad de estos en personas con problemas de salud complejos.

La continuidad en la gestión entre el PDE y el equipo de APS favorecerá:

- La integración de la Red a partir de la entrega y actualización oportuna de información, así como desde el apoyo en la gestión de procesos para la pronta respuesta a las necesidades de las personas.
- El contacto con gestor/a de casos del CESFAM de referencia de cada persona, transmitiendo la alerta por su consulta de urgencia y/o de hospitalización. Será relevante sostener este contacto a lo largo del tiempo de estadía en los establecimientos, así como durante sus controles con especialidad, reforzando los nexos que favorezcan la articulación de los equipos en Red.
- La transmisión de alertas al equipo de APS respecto de personas que se atiendan en los servicios de urgencia con diagnósticos de IAM, ACV, amputación de pie diabético e ICC y que hayan tenido o no contactos previos en APS. Independiente de que esas personas tengan condición detectada previamente de multimorbilidad y riesgo alto, ingresarán a este grupo a priorizar, por la gravedad de su situación de salud y la necesidad de un abordaje integral oportuno.

Actividades de gestión del Profesional de Enlace (PDE): Corresponde a toda actividad de gestión que realice el PDE con motivo de coordinar el cuidado de las personas con condiciones crónicas de alto (G3) y moderado (G2) riesgo, permitiendo la continuidad de este en el nivel de especialidad.
Ejemplo: Coordinación del PDE para continuidad del cuidado de personas consultantes a urgencia y hospitalizaciones dentro del establecimiento de atención, la pesquisa a nuevas personas de alta complejidad a través de atenciones en servicios de urgencia y a quienes invita a hacerse parte de esta ECICEP, gestión de los procesos hospitalarios como toma de exámenes y/o procedimientos, gestión y revisión de interconsultas anteriores y/o actualización de datos clínicos de estas con información que puede aportar APS, gestión en la asignación de horas a ingresos y controles con especialista si procede, intencionar acto único en población que se encuentra alejada del territorio de los establecimientos de atención secundaria/terciaria, es decir, en esta fila se podrán registrar las acciones administrativas y de gestión que realice el profesional de enlace, en relación a las personas G3 y G2 que fueron derivadas.

Egreso de atención de enlace: Corresponde al proceso administrativo efectuado por PDE cuando las personas que se atienden con él, en establecimientos de nivel secundario y terciario son dados de alta bajo alguna de estas condiciones:

- Egreso por Cumplimiento: Corresponde a los egresos a los cuales se le realiza la totalidad del plan de cuidado establecido en este nivel y es referido a su establecimiento de origen con documento de contrarreferencia.
- Egreso por Abandono; La persona deja de asistir a tres citas agendadas y efectivamente confirmadas, sin aviso.

- 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.
- Renuncia a la atención, siempre con un registro de respaldo.
- Egresos por fallecimiento: Corresponde a las personas que egresan de la atención por PDE por fallecimiento, que puede ser por la o las patologías que se estaba tratando o por cualquier otra circunstancia.

Inasistente (NSP) a atención de PDE: Es cuando el paciente no se presenta a su atención existiendo una citación previa con contacto efectivo. Corresponde a la no asistencia a ingreso o seguimiento, independiente si fueron llenados los cupos por otros pacientes.

Definiciones operacionales

Se registra el número de acciones realizadas por el profesional de enlace por riesgo, según rango etario definidos y sexo.
Se debe desagregar además por migrantes y pueblos originarios, origen de procedencia y si la atención fue presencial o remota.
En el caso de los seguimientos de PDE se debe registrar además quienes de las personas atendidas egresan.

Reglas de consistencia

R.1: El total de ingresos a atención de PDE debe ser igual a la suma de procedencia de la derivación.

R.2: El total de egresos debe ser menor al total de seguimientos de PDE.

Sección F: Actividades Comité de Protección de Infancia y Adolescencia (CPIA)

Definiciones conceptuales

Comité Protección Infancia y Adolescencia: Instancia coordinada y gestionada a nivel de hospitales y atención secundaria, conformada por diversos profesionales del área psico-sociosanitaria, que tendrá como objetivo organizar y asesorar a equipos clínicos y directivos del establecimiento en el proceso de sospecha, confirmación y abordaje de situaciones de vulneración de derechos de NNA. (Protocolo Funcionamiento CPIA Ordinario C26/ N.º 3974 del 07.11.2023(25)). Los CPIA se encuentran funcionando en Hospitales de Mediana y Alta complejidad, además de algunos centros de atención secundaria ambulatoria (CRS).

Análisis de casos: Corresponde a la actividad donde se analizan los casos que son presentados de forma interna según los protocolos vigentes. Se podrán analizar casos nuevos presentados por equipos tratantes o hacer seguimiento de casos presentados previamente.

Nº de Sesiones CPIA: Las sesiones se realizarán con la presencia de los y las integrantes del comité, definidos en el "Protocolo de funcionamiento del CPIA". Las sesiones podrán ser de manera presencial y/o telemáticas.

Definiciones operacionales

Se deben registrar el número de casos analizados, desagregados por rango etario y sexo de los niños, niñas y adolescentes revisados, y por el número de sesiones realizadas.

Además, se deberán registrar las vulneraciones registradas por cada caso analizado. Se desagrega de acuerdo con las siguientes vulneraciones detectadas: Sospecha de Maltrato Infantil, Maltrato infantil, Sospecha de Abuso Sexual, Abuso sexual infantil, Negligencia y Otros (maltrato institucional, discriminación, etc.), según lo referido en Ord C26/ N° 3655 del 10.10.2023.

En un mismo caso pueden identificarse 1 o más vulneraciones al momento de su análisis.

Reglas de Consistencia

R.1: El número de casos registrados en la columna gestantes, migrantes, pueblos originarios, trans femenina/masculino, niños, niñas, adolescentes y jóvenes del Servicio Nacional de Reinserción Social o Protección Especializada, deben ser menores o igual al total ambos sexos.

Sección G: Actividades Comité Oncológico

Definiciones conceptuales

Casos con confirmación diagnóstica presentados a comité oncológico multidisciplinario antes del primer tratamiento: Corresponde al número de pacientes que dispone de confirmación diagnóstica de cáncer al momento de presentar su caso al comité.

Casos totales presentados a comité oncológico multidisciplinario: Corresponde al número total de pacientes presentados a comité oncológico, incluidos los pacientes con confirmación diagnóstica ingresados en el ítem anterior.

Definiciones operacionales

Se deben registrar los pacientes que son presentados en el Comité Oncológico de este mes, que ya tuvieron su confirmación diagnóstica.

Deberá reportar en esta sección el responsable del comité oncológico.

Además, se registran todos los pacientes revisados en el comité oncológico según sexo y edad.

Reglas de consistencia

R.1: El número de casos con confirmación diagnóstica debe ser igual o menor al número total de casos presentados.

Sección H: Terapia Hormonal Genero afirmativa (THGA) en mayores de 18 años

Definiciones conceptuales

A continuación, se detallan conceptos de relevancia para esta sección:

1. **Identidad de género**: Se entiende como el sentido personal y profundo de ser una persona masculina, femenina, ambas o ninguna de estas opciones. Es diferente (a la vez que relacionada) a la expresión de género, que se refiere a la manera en que una persona expresa su género a través de su presentación y conducta, incluyendo -pero no restringiéndose- a aspectos como: nombre, pronombres preferidos, vestuario, accesorios, peinado, lenguaje no verbal, entre otros(21).
    a. **Identidad de género trans o género no conforme (GNC)**: Incluye a todas aquellas personas que no se identifican con el género asignado al momento de nacer, o "sexo biológico". Acorde a la Norma Técnica N°231 de "Estándares de Información en Salud" (2023)(4) pueden ser: las personas Transgénero Masculino (la persona de sexo "Mujer" asignado al nacer, que se identifica a sí mismo como de género masculino), Transgénero Femenina (la persona de sexo "Hombre" asignado al nacer, que se identifica a sí misma como de género femenino); No binarie (la persona que no se identifica con ninguno de los géneros convencionales femenina o masculino) u Otra identidad de género no descrita previamente y señalada por la persona.
    b. **Identidad de género no trans ni género no conforme:** Incluye a todas aquellas personas que se identifican con el género asignado al momento de nacer, o «personas cisgénero». Acorde a la Norma Técnica N°231 de "Estándares de Información en Salud" (2023)(4) pueden ser: Masculino (la persona de sexo "Hombre" asignado al nacer, que se identifica a sí mismo como de género masculino), Femenina (la persona de sexo "Mujer" asignado al nacer, que se identifica a sí misma como de género femenino).
2. **Terapia Hormonal Genero Afirmativa (THGA):** La terapia hormonal consiste en la administración de agentes endocrinos exógenos para inducir cambios corporales que se alinean con la identidad de género. Es una intervención médica necesaria para muchas personas trans y con variabilidad de género que se presentan con molestias o malestar causado por Discordancia de Género en personas adultas (26).La terapia hormonal debe ser individualizada basada en las metas de la persona usuaria de servicios, la relación riesgo/beneficio de los medicamentos, la presencia de otras situaciones de salud, y la consideración de cuestiones sociales y económicas.
3. **Discordancia de Género en adultez**(27)**:** Se entiendo, según CIE-11-H60- y avalado por la Organización mundial de la salud, a la Discordancia de género en la adultez por una discordancia marcada y persistente entre el género experimentado por el individuo y el sexo asignado al nacer, lo que a menudo puede llevar al deseo de "transicionar" para vivir y ser aceptado como una persona del género experimentado, a través de THGA, cirugía u otros servicios de salud para alinear el cuerpo del individuo, tanto como se desee y en la medida de lo posible, con el género experimentado. Esta discordancia, que puede generar malestar y determina un diagnóstico para CIE-11, no puede asignarse antes del inicio de la pubertad. Variantes sobre el comportamiento y preferencias de género, por sí solo no son base para hacer la asignación del diagnóstico.

En relación con el proceso de atención se definen las siguientes variables:

Primera Consulta para THGA: Corresponde atención por profesional idónea y con competencias en la temática quien realizar una valoración integral a Personas trans y genero no conforme. Esta evaluación tiene como objetivo:

- Recopilar información, tanto por el mismo profesional u otro profesional del equipo que haya realizado dicha evaluación previamente, para valorar la idoneidad de iniciar THGA que afirme la identidad de género de la persona.
- Entregar información sobre la THGA que la persona deba y/o requiera saber para poder estar informada sobre la prescripción.

Control Integral de THGA: El control integral correspondo a la consulta de seguimiento en la que se pudiera evaluar: exámenes de control, problemas que puedan haberse presentado con la indicación y administración de medicamentos, valorar cambios físicos y si estos se condicen con la identidad de género expresada por la persona que consulta, entre otras actividades propias de la labor de seguimiento. Y cuyo fin último es valorar el bienestar de una persona que está recibiendo THGA para afirmar su identidad de género.

Definiciones operacionales

N° de personas en atención: Corresponde registrar al número de personas trans y genero diverso, de manera mensual, que están siendo atendidas actualmente por motivos de THGA sea tanto para ingreso y/o como control. La información debe ser desagregada por Sexo asignado al nacer (en reporte REM como “Sexo”), edad e identidad de género.

Primera consulta de THGA: Corresponde registrar el número de personas trans y genero diverso, de manera mensual, que fueron atendidas por el profesional medico designado para la primera evaluación de THGA. Se debe identificar esta prestación, en la agenda del profesional, como un acto médico de “ingreso Integral”, “ingreso medico” o cualquier acto homologable en la agenda del profesional que refleje a una primera y única atención. La información debe ser desagregada por Sexo asignado al nacer (en reporte REM como “Sexo”), edad e identidad de género.

Control Integral: Corresponde registrar al número de personas trans y genero diverso, de manera mensual, que fueron atendidas por un profesional medico designado para hacer seguimiento de THA. Se debe identificar esta prestación, en la agenda del profesional, como un acto médico tal como, “Control integral”, “Control Médico” o cualquier otro acto homologable en la agenda del profesional que refleje un seguimiento de atención en contexto de THGA. La información debe ser desagregada por Sexo asignado al nacer (en reporte REM como “Sexo”), edad e identidad de género.

Reglas de consistencia

R.1: El N° de personas en atención debe ser igual o menor a la sumatoria del número mensual de primera consulta más los controles integrales.

R.2: La sumatoria de los totales- desagregados por edad, y sexo asignado al nacer (“Sexo”)-, tanto para el N° de personas en atención, Primera consulta y control integral; Debe ser igual a la sumatoria de las identidades de genero reportada para cada una de las categorías

R.3: Las atenciones de hormonación de especialistas deben estar contenidas en la sección A.

REM A08: ATENCIÓN DE URGENCIAS

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: Atenciones y actividades 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 Servicios de Atención de Urgencia Rural (SUR) y Postas Rurales.

Sección B: Categorización de pacientes, previo a la atención médica u odontológica, (Establecimientos de alta, mediana, baja complejidad, SAPU, SAR, SUR).

Sección B.1: Categorización de pacientes de Urgencia Gineco Obstétrica previo a la atención médica (Establecimientos alta, mediana, baja complejidad).

Sección C: Atenciones realizadas por médicos y odontólogos 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 Unidades de Emergencia (Establecimientos alta, mediana baja complejidad, SAR, SAPU y SUR).

Sección G: Atenciones médicas asociadas a violencia: Caracterización de la víctima.

Sección G.1: Atenciones médicas asociadas a violencia: Caracterización del agresor y su relación con la víctima registrada en Sección G.

Sección H: Atenciones por anticoncepción de emergencia.

Sección I: Motivos de atención por emergencia obstétrica en el Servicio de Urgencia (Establecimientos de alta, mediana complejidad).

Sección J: Llamados de urgencia a Centro Regulador.

Sección K: Intervenciones prehospitalarias (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.

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 de Estándares 820 N°231.

Todos los establecimientos deben registrar la información con los códigos definidos por DEIS, y no con sus códigos madre (en el caso de los establecimientos de APS). Para los hospitales, cada uno deberá utilizar el código de establecimiento que tenga, tributando en la sección que corresponde según su complejidad.

Las atenciones de urgencia médicas registradas en el REM A08 deben ser consistentes con el total mensual tributado en el Sistema de Atenciones de Urgencia Diarias (SADU).

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 el/la médico en los servicios de atención de urgencia hospitalaria.

Atención Médica Gineco-Obstetricia: Se refiere a la consulta que realiza el profesional médico gineco-obstetra en los servicios de urgencia hospitalarios gineco-obstétricos.

Atención por Matrón(a): Se refiere a la consulta que realiza el/la matrón/a en los servicios de Urgencia Gineco obstétrica (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.

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).

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 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.

Definiciones operacionales

Se registrará el número de atenciones médicas, odontológicas, médicas gineco-obstétricas y por matrón/a, 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 matrón/a y requiere atención por médico, sólo se registrará la atención médica. Es decir, el profesional matrón/a, SOLO se registra cuando es atención única.

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 complejidad, que hayan completado el proceso de atención de urgencia.

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 niño y adulto debe ser consistente con el registro de atenciones diarias registradas en el Sistema de Atenciones Diarias de Urgencia (SADU).

R.4: El total 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.

R.6: El total de atenciones médicas gineco-obstétricas debe ser coincidente con la sección B.1

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 el establecimiento de urgencia de APS encargado de entregar prestaciones de Emergencia/Urgencia con una mayor capacidad resolutiva que un SAPU (imágenes, exámenes de tamizaje, camillas de observación), en forma oportuna.

Atención médica: Corresponde al total de atenciones médicas que se realizan en SAPU o SAR.

Atención de Enfermería: Se refiere a la atención realizada por el o la profesional enfermera/o, que consiste en actividades relacionadas con la categorización de pacientes, administración de medicamentos, u otras actividades de la atención de urgencia.

Atención de Kinesiología: Se refiere a las atenciones realizadas por kinesiólogos/as, las cuales son realizadas en el contexto de Campaña de Invierno.

Atención por Psicólogo/a: Se refiere a las atenciones realizadas por el/la psicólogo/a 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.

Atención por Trabajador/a Social: Se refiere a las atenciones realizada por el/la trabajador/a social, 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.

Atención Dupla Psicosocial: Es la atención realizada en conjunto por el/la psicólogo/a y trabajador/a social 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.

Demanda de atención: Corresponde al número total de personas que solicitan una atención, independientemente de su origen o destino final.

Está constituida por:

Demanda de Urgencia: Corresponde al número total de personas que solicitan una atención presencial, independientemente de su destino final. Incluye tanto a quienes completaron la atención de urgencia como a quienes no la completaron. El valor se obtiene sumando los DAU, considerando también a aquellas personas que abandonaron el proceso en cualquiera de sus fases antes de recibir el alta médica.

Demanda de atención por telemedicina: Corresponde al total de solicitudes de atenciones médicas, a través de telemedicina, realizada desde un servicio de urgencia de menor resolución, como un SUR o PSR, hacia un servicio de urgencia de mayor resolución (SAR/SAPU). Esta solicitud es gestionada por profesionales no médicos o por Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) del establecimiento solicitante, con el fin de dar respuesta a la consulta del usuario atendido en dicho dispositivo.

Atención por telemedicina: Corresponde a las atenciones de telemedicina realizadas por un profesional médico desde un dispositivo de urgencia de mayor resolución mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación, en modalidad sincrónica (videollamada). Esta atención tiene por objetivo el intercambio de información clínica con otro profesional de la salud o técnico en enfermería (TENS) ubicado en un dispositivo de urgencia APS de menor resolución, respecto a un usuario que consulta desde dicho establecimiento(28).

Definiciones operacionales

Se registrará el número de atenciones de urgencia presenciales realizadas en SAPU y SAR por médico/a, enfermera/o, kinesiólogo/a, psicólogo/a, trabajador/a social o dupla psicosocial, desagregados por grupos de edad y sexo.

En las últimas columnas se consigna el número de atenciones efectuadas sólo a beneficiarios, las atenciones profesionales a honorarios, demanda de urgencia presencial, Campaña de Invierno y, si las

atenciones se realizaron a niños, niñas, adolescentes o jóvenes de Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil

La atención médica siempre debe registrarse, independiente si después la persona es vista por otro profesional no médico.

Si el paciente tiene más de una atención por un profesional no médico, ésta deberá ser asignada al último de los profesionales que otorga la atención.

Las atenciones de las "Duplas para la protección de la salud mental en urgencias de APS", se debe registrar siempre, independiente si estos cierran o no la atención.

Atenciones por Telemedicina: Corresponde a la cantidad de atenciones realizadas por médico a través de telemedicina dirigidas a profesionales no médicos y/o TENS que se encuentran en dispositivos de urgencia de menor resolución. El registro de producción de esta atención debe realizarse a nombre del establecimiento que otorga la oferta médica, es decir, donde se encuentra el médico que realiza la atención por telemedicina. Estas se deben desagregar por sexo y edad y no están contenidas en el total.

Demanda de atención por telemedicina: corresponde registrar al establecimiento SAPU O SAR que reciben solicitudes desde establecimientos de menor resolución (Posta- SUR).

Reglas de consistencia

R.1: El total de atenciones médicas presenciales debe ser consistente con el registro de atenciones diarias registradas en el Sistema de Atención Diaria de Urgencia (SADU) (sumatoria mensual).

R.2: El número de demanda de atención de Urgencia presencial debe ser mayor o igual a número de atenciones de Urgencia.

R.3: EL Total de atenciones por telemedicina debe ser menor o igual al total de atenciones por médico.

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 rango etario, 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.

En las últimas columnas se deben ingresar el número beneficiarios que fueron atendidos por tipo de profesional y la demanda de atención médica de urgencia.

Regla de consistencia

R.1: El total de demanda debe ser menor o igual al total de atenciones médicas de urgencia.

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 que no dispone de un dispositivo de atención de urgencia primario, como SAPU, SAR o SUR, o en horarios que no corresponden a atención de estos establecimientos.

Definiciones operacionales

Se registran todas las consultas de urgencia efectuadas por Médico, Enfermera(o), Matrón/a, Kinesiólogo/a, Técnico Paramédico y otros profesionales, desagregados por grupos de edad, sexo y condición de beneficiario. Además, se debe registrar el total de demanda de atención de urgencia.

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: El total de demanda debe ser menor o igual al total de atenciones médicas de urgencia.

R.2: El total beneficiarios debe ser menor o igual al total de atenciones.

Sección A.5: Consultas en Servicios de Atención de Urgencia 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 tipo de establecimiento asistencial que cubra este tipo de demanda o es derivada del sector rural de su área de atención.

Atención Médica resuelta por telemedicina SAPU O SAR: Corresponde a las solicitudes de atención médica realizadas desde un Servicio Rural de Urgencia (SUR) hacia un profesional médico que se encuentra en otro dispositivo de urgencia de mayor resolución mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación en modalidad sincrónica (videollamada). Estas solicitudes tienen como finalidad la evaluación clínica de un usuario que se encuentra en el SUR, permitiendo el intercambio de información en tiempo real para apoyar la toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas.

La presentación del caso para la atención por telemedicina debe ser gestionada por los profesionales no médicos o Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) del establecimiento solicitante, quedando el registro correspondiente consignado en esta columna.

Definiciones operacionales

Se registra el número de atenciones de urgencia realizadas por Médico, Enfermera/o, Matrón/a, Kinesiólogo/a, Técnico Paramédico u otros profesionales, en los Servicios de Urgencia Rural (SUR) y las Postas de Salud Rural, desagregados por rango etario y sexo.

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

Se debe consignar también el número de atenciones efectuadas a beneficiarios, que deben estar incluidas en el detalle por edad y sexo correspondiente y la demanda de atención.

Atención Médica resuelta por telemedicina SAPU O SAR: Se debe registrar cada vez que otro profesional de la salud (no médico) y/o TENS, solicite una atención médica por telemedicina y esta sea resuelta por otro establecimiento de salud de mayor complejidad. Este registro de producción debe realizarlo el propio establecimiento que realiza la solicitud y no debe ser incluido en el registro de producción desagregado por rango etario.

En aquellos casos que la solitud de telemedicina no sea respondida, se deberá registrar la atención realizada por la posta o SUR, como atención presencial, en la sección desagregada por grupo etario.

Regla de consistencia

R.1: El total de demanda debe ser menor o igual al total de atenciones médicas de urgencia.

R.2: El total beneficiarios debe ser menor o igual al total de atenciones.

R.3: El total de atenciones médicas resueltas por telemedicina, debe ser menor o igual a las solicitudes de atención medica por esta modalidad.

Sección B: Categorización de pacientes, previa a la atención médica y odontológica (Establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, SAPU, SAR, SUR)

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/SUR, 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:

- **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.

- **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), SAR, SAPU y SUR (excluyendo atención de urgencia obstétrica), según sexo y rango 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 B.1: Categorización de pacientes de urgencia gineco-obstétrica previo a la atención clínica por matrón(a) y/o médico gineco-obstetra (Establecimientos de alta, mediana y baja complejidad)

Definiciones conceptuales

Corresponde a la categorización de los/las consultantes atendidos/as en la Unidad de Emergencia gineco-obstétrica hospitalaria de los establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, que cuenten con los recursos y cartera de servicios de urgencia gineco-obstétrica. La categorización se realiza según los signos y síntomas de la mujer o persona gestante (incluye el binomio).

Esta priorización, se basa en una clasificación establecida a través de dos sistemas de selección de usuarios, que permite clasificar en forma rápida y efectiva a las/los consultantes de acuerdo con su gravedad o complejidad:

- **Sistema de Categorización de Urgencia Gineco-obstétrica:** Corresponde a la aplicación de un instrumento estructurado, estandarizado, que define cinco categorías (C1-C5), que determinan la prioridad y flujo de la atención según complejidad, para la toma de decisión en el ámbito gineco-obstétrico, el instrumento es realizado por profesional Matrón(a) en las Unidades de Emergencia Gineco-obstétricas de hospitales de alta, mediana y baja complejidad.
- **Sistema de Categorización Discrecional:** Sistema de selección de la demanda de Urgencia, operador dependiente (basado en la opinión del experto), realizado por profesional matrón(a), 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.

En el sistema de categorización de Urgencia Gineco-obstétrica, el profesional matrón(a) debe valorar los signos vitales y los síntomas que se presenten, clasificando en cinco categorías:

- **C1 (Atención de Emergencia Inmediata):** Corresponde a personas en condición de riesgo vital y/o secuela funcional grave o permanente, patología tiempo – dependiente o situación de alto riesgo que requieren una intervención de urgencias inmediata y oportuna. Se deriva según corresponda a reanimador, unidad de partos o para resolución quirúrgica de emergencia o urgencia por riesgo de morbimortalidad materno-perinatal.

- **C2 (Atención de Emergencia dentro de los primeros 30 minutos):** Corresponde a personas cuyo motivo de consulta constituye una situación de alto riesgo y/o dolor intenso y/o presentan control de signos vitales en “zona de peligro” de acuerdo con la herramienta de categorización estandarizada, debiendo ser atendidos en menos de 30 minutos desde el subproceso categorización-admisión. Se puede derivar para atención clínica de matrón(a) y/o el médico gineco-obstetra, unidad de partos o resolución quirúrgica según riesgo.

- **C3 (Atención Urgente dentro de 90 minutos):** Corresponden a usuarios(as) que NO se encuentra en una situación de riesgo de salud que deba ser atendido inmediatamente, pero que cuya

condición de salud requiere de una atención precoz y su complejidad implica la aplicación de variados recursos físicos y/o humanos (estudio de laboratorio, imágenes, tratamientos, evaluación por especialidad-manejo multidisciplinario, etc.). Se deriva para evaluación clínica de matrón(a) y/o médico en box de atención de Urgencia gineco-obstétrica, y/o gestión de indicaciones clínicas como tratamiento, procedimientos o derivación, con un tiempo máximo de espera de hasta 90 minutos desde el subproceso categorización-admisión.

- **C4 (Atención General dentro de 180 minutos**): Atención de usuarios(as) cuyas complejidades y/ características clínicas puedan ser resueltas de manera expedita, con escasa utilización de recursos (1 o ninguno), con síntomas no urgentes o atención general para atención clínica de matrón(a) y/o médico gineco-obstetra en box de atención según corresponda.

- **C5 (Atención General):** Corresponde a la atención general o procedimiento programado donde la usuaria no manifiesta molestia, se deriva para atención clínica de matrón(a) y/o médico gineco-obstetra según corresponda.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar a todas las consultantes atendidas en la unidad de emergencia gineco-obstétrica hospitalaria de los establecimientos de alta, mediana y baja complejidad que cuenten con los recursos y cartera de servicio de Urgencia Gineco-obstétrica disponible, desagregado en sexo y rango etario.

Deben ser categorizados mediante el Sistema de Categorización de Urgencia Gineco-obstétrica (selector de demanda), según el Modelo de Atención de Urgencia Gineco-obstétrica. Se debe registrar en la hoja Dato de Atención de Urgencia (DAU), desglosados en C1, C2, C3, C4 o C5, como también en el sistema de registro clínico informático de cada establecimiento.

Se registra en el REM la primera categorización realizada a la mujer, persona gestante o consultante en urgencia gineco-obstétrica, independiente de que la/él usuaria/o pueda ser categorizada/o 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 evaluación clínica (atención integral de matrón(a) de urgencia gineco-obstétrica y/o atención clínica médica de urgencia gineco-obstétrica).

Reglas de consistencia

R.1: Si 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 y 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 UEH, según las especialidades indicadas y si corresponden a profesionales de turno, consultor de llamada u otro. Sólo los establecimientos de alta y mediana complejidad deben registrar en esta sección.

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

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 (UEH) 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, 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 a una cama hospitalaria. Estos pacientes son prioritarios, y no deben esperar para ingresar a cama hospitalaria.

Esta sección excluye las personas que tienen indicación de hospitalización para el área funcional de gineco obstetricia.

Definiciones operacionales

Se debe registrar el número de pacientes con indicación de hospitalización desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria de alta, mediana y baja 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, se sugiere que estos datos 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, se deberá registrar 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 presenta regla de consistencia.

Sección F: Pacientes fallecidos en UEH (Establecimientos alta, mediana o baja complejidad, SAR, SAPU y SUR)

Definiciones conceptuales

Corresponde a personas que fallecen en la unidad de urgencia de establecimientos hospitalarios de alta, mediana, baja complejidad, SAR, SAPU y SUR, en diferentes procesos de la atención de urgencia:

- **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 beneficiarios fallecidos debe ser menor o igual al total ambos sexos.

Sección G: Atenciones médicas asociadas a violencia: Caracterización de la víctima

Definiciones conceptuales

Corresponde a las atenciones médicas asociadas a violencia, según definiciones de la ley 20.066(29)

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 (VIF): 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.

También es violencia intrafamiliar si la víctima es 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. Esto implica que es VIF cuando se ejerce contra padres, madres, hijos e hijas, las y los hermanos, abuelas y abuelos, nietas, nietos, tías, tíos, las y los sobrinos, bisabuelos y bisnietos. Los familiares pueden ser consanguíneos, es decir, que comparten sangre, o parientes políticos, que sería la familia del cónyuge o conviviente.

Se da además cuando esta conducta ocurre entre los padres de un hijo común, o sobre un menor de edad, adulto mayor o persona con discapacidad que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar

Otras violencias: Uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo.

Violencia de género (excluye violencia intrafamiliar): Consiste en actos violentos o de agresión dirigidos a las personas en razón de su género y se basa en una asimetría de poder sustentada en un sistema donde las mujeres, niñas y diversidades sexo genéricas deben ser y comportarse de ciertas formas determinadas socialmente, debiendo enfrentarse a opresiones y situaciones de violencia que se expresan de diversas maneras. Estas manifestaciones de violencia pueden ocurrir desde muy temprana edad, afectando a niñas y adolescentes, y en cualquier espacio social, sea público (establecimientos educacionales, institutos, universidades, transporte público, colectivo, espacios públicos recreacionales o deportivos, clínicas, hospitales, oficina y otros lugares de trabajo, la calle, etc.), privado (viviendas, sean propias o de familiares o amistades), o incluso en el ámbito simbólico (sexismo, perpetuación de estereotipos, medios de comunicación) manifestándose a lo largo de todo el ciclo vital.

Tipos de lesiones:

- **Lesiones traumatológicas:** Fractura, por ejemplo: Muñeca, brazo y codo, Luxación de codo, daño de ligamentos de dedo de la mano.
- **Lesiones odontológicas:** Luxación Dentaria, Fractura Coronaria con o sin compromiso pulpar y/o Avulsión Dentaria.
- **Lesiones Contusionales:** Aplastamiento, mordeduras, quemaduras, asfixia, estrangulación, ahorcadura, puñetazos, patadas.
- **Lesiones por arma:** Heridas por arma blanca o por arma de fuego.
- **Signos y síntomas psicológicos:** las víctimas de violencia en general; y aquellas víctimas de violencia de género en particular presentan consecuencias psicológicas en mayor proporción que las personas que no viven violencia (30)y, que, además, son superiores a los que presentan los pacientes psiquiátricos ambulatorios(30)(29)Entre los síntomas psicológicos más frecuentes se encuentran: síntomas depresivos, Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), ansiedad, trastornos del sueño, síntomas somáticos, comportamiento suicida o crisis de pánico. Según señala el Protocolo de Estambul (2009), los síntomas psicológicos a menudo son más prevalentes y duraderos que los físicos, e incluso pueden mantenerse a largo plazo (p.6). Finalmente, cabe mencionar que la ausencia de estos síntomas en el momento de la evaluación inicial en un servicio de urgencia no invalida el relato de la persona afectada. La ausencia de síntomas psicológicos asociados puede deberse a “la naturaleza frecuentemente episódica o retardada del TEPT o a síntomas de negación por vergüenza o a otras dificultades” (p.42)
- Sin lesiones constatables: Lesiones en que no existe evidencia física observable.

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 género, sin especificar cada una de ellas.

Definiciones operacionales

Se debe registrar el número de atenciones asociadas a violencia intrafamiliar u otras violencias, desagregadas por edad, sexo. Para registrar violencia intrafamiliar se debe excluir cualquier tipo de violencia contra la mujer y registrar solo la violencia hacia las otras personas (familiares) mencionadas en la definición. Al registrar violencia de género, se debe considerar cualquier tipo de violencia contra la mujer y diversidades sexo-genéricas

Además, se debe registrar, el tipo de lesión causada a la víctima (traumatológica, odontológica, contusional, por arma o psicológica), o si no existen lesiones constatables. El registro de los tipos de lesiones será independiente al número de atenciones realizadas, ya que una persona puede sufrir lesiones de distinto tipo.

Por último, se debe indicar si las atenciones fueron realizadas a niños, niñas, adolescentes o jóvenes de Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia o SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil , a personas de la diversidad sexo genérica, gestantes, pueblos originarios o migrantes. Todos deben estar desagregadas también en los grupos de edad correspondientes.

En esta sección deben registrar todos aquellos establecimientos que otorgan atención de urgencia (UEH, SAPU, SAR, SUR u otro excepcional).

Reglas de consistencia

R.1: El total de atenciones realizadas a niños, niñas, adolescentes o jóvenes del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, a personas de la diversidad sexo genérica, gestantes, pueblos originarios o migrantes deben ser menor o igual al total ambos sexos.

Sección G.1: Atenciones médicas asociadas a violencia: Caracterización del agresor y su relación con la víctima registrada en Sección G

Definiciones conceptuales

Corresponde a las características de el o los agresor(es) de las(os) usuarios atendidos y registrados en la sección G.

El/las/los agresores se clasifican según el punto de vista de la relación con la víctima:

- **Pareja / Expareja:** Quien sea o haya sido cónyuge o conviviente (Ley 20.066)(31), 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, de la víctima o de su cónyuge o de su actual conviviente(31) .

- Se pueden clasificar también desde el punto de vista de su conocimiento con la víctima:

- **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).

Definiciones operacionales

Se deben registrar las características del agresor, desagregando el tipo de violencia ejercida, el sexo de este y su relación con la víctima.

En esta sección deben registrar todos aquellos establecimientos que otorgan atención de urgencia (UEH, SAPU, SAR, SUR u otro excepcional).

Reglas de consistencia

R.1: La suma de las columnas pareja/expareja y familiar, debe ser coincidente con la suma del sexo del agresor en la fila “Violencia intrafamiliar”.

R.2: La suma de las columnas conocido/a y desconocido/a, debe ser coincidente con la suma del sexo del agresor, en la fila “Otras violencias”.

R.3: La suma de las columnas pareja/expareja, familiar, conocido y desconocido deben ser coincidentes con la suma del sexo del agresor, en la fila “Violencia de género”.

Sección H: Atenciones por anticoncepción de emergencia

Definiciones conceptuales

Es la atención que solicitan en forma voluntaria las personas 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/o matrón/a, que ocurre en la urgencia del establecimiento de salud, con y sin entrega de anticonceptivo, desagregadas según edad.

Regla de consistencia

R.1: El total beneficiarios debe ser menor o igual al total.

Sección I: Motivos de atención por emergencia obstétrica al Servicio de Urgencia (Establecimientos de alta y mediana complejidad)

Definiciones conceptuales

Corresponde a las personas gestantes que consultan a urgencia por alguna emergencia obstétrica, según las patologías definidas por el Programa de la Mujer de DIPRECE, MINSAL.

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 gestantes 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 la que se registra.

La atención realizada se registra como consulta en sección A.1.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección J: Llamados de urgencia a Centro Regulador o Centro de Despacho

Definiciones conceptuales

Centro Regulador: Unidad a cargo de un profesional de salud con experiencia en gestión pre-hospitalaria, dotada de las tecnologías necesarias para gestionar y supervisar la demanda de servicios de traslado simple, básico y/o avanzado. Considera la activación del mejor recurso disponible para responder a los requerimientos asistenciales que se le presenten. Este centro es necesario en servicios de atención pre-hospitalaria.

Centro de Despacho o Centro Coordinador: Unidad que gestiona la demanda de servicios de traslado simple y básico de pacientes, así como la oferta de estos, a través de la activación del mejor recurso disponible. Este centro es necesario en servicios de traslado secundario.

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 operador radiotelefónico o calltaker (TENS o administrativo regulador) recibe la llamada y al confirmar que la llamada es válida, la registra. Se determinan los datos básicos de la llamada, interrogando 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, Centro de Despacho o Centro Coordinador.

Llamadas válidas: Llamadas que recibe el Centro Regulador, Centro de Despacho o Centro Coordinador 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

En esta sección debe reportar el Centro Regulador, Centro de Despacho o Centro Coordinador que recibe la llamada y se debe registrar el número de total de llamadas y las llamadas válidas recibidas que solicitan atención de urgencia.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección K: Intervenciones Pre Hospitalarias (SAMU)

Definiciones conceptuales

Corresponde a la atención clínica directa que realiza el equipo de intervención prehospitalaria (SAMU). Esta intervención puede ser básica o avanzada según norma técnica N°17 vigente:

- **Intervención móvil básico:** Móvil de intervención que entrega cuidados básicos e intermedios, según la normativa.
- **Intervención móvil avanzado:** Móvil de intervención que entrega cuidados intermedios y avanzados, según la normativa.
- **Cuidados avanzados:** Es la atención entregada a pacientes que requieren apoyar un procedimiento de reanimación cardiopulmonar avanzada, elementos de manejo avanzado de la vía aérea, acceso vascular, soporte farmacológico, monitorización y /o desfibrilación.

- **Intervención crítica**: Atención prehospitalaria clínica que se le entrega a un paciente que se encuentra en un estado de gravedad por compromiso vital inmediato o secuela funcional grave. Esta intervención debiese estar generada de manera prioritaria por móvil de intervención avanzada.

- **Intervenciones no críticas:** Atención prehospitalaria clínica que se le entrega a un paciente que se encuentra en una situación de Urgencia o Emergencia, pero que no presenta riesgo vital inminente o secuela funcional grave.

- **Tiempos de llegada según tipo de intervención:** Se refiere al tiempo de llegada desde que se genera la indicación de salida del móvil desde el centro regulador, centro de despacho o centro coordinador al momento de llegada al lugar del incidente. Los tramos de tiempos son: 0 a 20 minutos, más de 20 minutos y hasta 40 minutos y más de 40 minutos, y para el caso de las intervenciones críticas se incorporan los rangos 0 a 8 minutos, 9 a 20 minutos y, más de 20 minutos y hasta 40 minutos.

Definiciones operacionales

Se registra el número de intervenciones clínicas prehospitalarias de cada uno de los móviles que salen del centro regulador, Centro de despacho o centro coordinador de acuerdo con 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.

El tiempo de llegada a las intervenciones críticas debe registrar también la columna atributo de Intervenciones críticas en que se precisa el tiempo de llegada en:

- 0 – 8 minutos
- 9 – 20 minutos
- Más de 20 minutos y hasta 40 minutos

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.

R.2: El atributo de Intervención Crítica debe estar contenido en el Tiempo de llegada de intervenciones 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 gatilló la intervención. Este traslado se realiza por móvil 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, ,Centro de Despacho o Centro Coordinador. 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.

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.

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.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta 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 prehospitalaria que se realiza en la red salud. Este transporte puede ser desde la Atención Primaria hacia un centro hospitalario, entre centros hospitalarios de menor o igual resolución a hacia centro con resolución fuera de su lugar de jurisdicción administrativa.

Traslado secundario de paciente crítico (profesionalizado): Se refiere al traslado de un paciente con riesgo vital, desde el lugar donde se produce el evento hasta una Unidad de Emergencia para su atención. Puede ser transporte aéreo, terrestre o marítimo:

- **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:** 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: Se refiere al traslado de un paciente sin riesgo vital a una UEH para su atención. Puede ser transporte aéreo, terrestre o marítimo:

- **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.

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.

Definiciones operacionales

Se debe registrar el número de pacientes que son trasladados desde un establecimiento a otro, según tipo de acción (crítico-no crítico) durante el mes, desagregando además si el traslado secundario fue realizado de manera aérea, terrestre o marítima, y si corresponden a traslados SAMU o No SAMU.

Por último, se ingresa cuantos de estos traslados son a beneficiarios, realizados por compra de servicios y otros.

Regla de consistencia

R.1: El total de beneficiarios debe ser igual o menor que el total de traslados.

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

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección O: Atenciones de 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.

El victimario puede clasificarse en:

- **Pareja / Ex Pareja:** Quien sea o haya sido cónyuge o conviviente (29), 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).

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 género, sin especificar cada una de ellas.

Definiciones operacionales

Se debe registrar el número de usuarios atendidos por grupos etarios y sexo, consignando el número de usuarios que recibieron anticoncepción de emergencia y los que no. Además, se registran aquellas victimas que 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 el sexo del agresor. Se excluye el dato en el caso de menores de 18 años, dado que la ley N.°21.057(32), expresa que está prohibido preguntar sobre los hechos ocurridos y antecedentes sobre el agresor.

Se debe indicar también si la víctima no tenía lesiones constatables, si es parte de la diversidad sexo-genérica, si pertenece a pueblos originarios, si es migrante o, si es niño, niña, adolescente o joven perteneciente a Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil Reglas de consistencia

R.1: La sumatoria de las columnas relacionadas con la relación del victimario con la víctima, debe ser concordante con el total de hombre más mujer.

R.2: El total de personas de la diversidad genérica, pueblos originarios, migrantes y niños, niñas, adolescentes y jóvenes del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil , deben ser menor o igual al total ambos sexos.

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:

- **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:

  - **En jornada laboral (de turno):** Se refiere a médicos inscritos en el “Registro Nacional de Peritos en Sexología Forense”, que realizan la atención, estando en su jornada de contrato laboral.
  - **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

- **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.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar 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. En el caso de los peritos, además se debe diferenciar si 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 O.

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 la realiza.

Se deberá registrar según rango etario y sexo de la persona atendida, además, registrar si corresponde a una persona trans femenina o masculino, o si es un niño, niña, adolescente o jóvenes de Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil

Regla de consistencia

R.1: La suma de los usuarios trans masculinos y femeninos debe ser menor o igual al Total Ambos Sexos.

R.2: El total de niños, niñas, adolescentes y jóvenes del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil , deben ser menores o iguales al Total Ambos Sexos.

Sección R: Atenciones en Servicio de Urgencia de la red, 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

SECCIONES DEL REM-A.09

Sección A: Consultas y controles odontología General realizados en Nivel Primario y Secundario de salud

Sección B: Actividades de odontología general realizados en Nivel Primario y Secundario de salud.

Sección C: Ingresos y egresos de odontología general en nivel primario y secundario de salud

Sección D: Interconsultas s y pertinencia según origen en Establecimientos de la Red.

Sección E: Consultas odontológicas en horario continuado.

Sección F: Actividades de atención en especialidades odontológicas.

Sección F.1: Actividades quirúrgicas por especialidad odontológica

Sección F.2: 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.

El REM A09 hace referencia 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.

En REM-A09, 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 transversales:

Persona gestante: es persona de cualquier identidad de género con gestación en curso.

Usuarios con discapacidad: Es aquella persona 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 (33).

Migrante: Se considera como persona migrante toda persona que registra nacimiento fuera de Chile y nacionalidad diferente a la chilena. Toda las niñas y niños nacidos en Chile tienen nacionalidad chilena.

Persona con ingreso integral y condición crónica: se refiere a personas ingresadas a cuidados integrales con condiciones crónicas estratificadas como riesgo leve (G1), riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3), que reciben tratamiento en forma periódica a través de la estrategia ECICEP y que recibieron prestaciones odontológicas.

Pueblos originarios: corresponde a las personas que se identifican como pertenecientes a pueblos indígenas al momento de solicitar una atención de salud.

Personas trans: término utilizado para describir las diferentes variantes de la identidad de género, cuyo común denominador es la no conformidad ante el sexo biológico de la persona y la identidad de género que ha sido tradicionalmente asignada a éste.

Compra de Servicio: corresponde a las prestaciones que los establecimientos tanto de nivel primario como secundario 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.

Sección A: Consultas y controles odontología general en nivel primario y secundario de salud

Definiciones conceptuales

Atención de odontología general realizada en APS.

Consulta de morbilidad odontológica: Es la atención que se otorga a solicitud de la persona, 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. La persona puede recibir una o más atenciones en consulta de morbilidad odontológica en un año.

Control odontológico: Es la atención que se otorga la persona, 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, así como actividades recuperativas** en el contexto del programa CERO.-

Control en programa cero: Es la atención que se otorga la persona, 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, **así como actividades recuperativas** en el **contexto del programa CERO.**

Control odontológico integral en personas de 20 años o más: Es la atención que se otorga la persona, 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 no programada, realizada a la persona que acude de manera espontánea y que requiere un tratamiento inmediato por alguna de las patologías incorporadas en el GES Urgencia Odontológica Ambulatoria.

Inasistencia a consulta: Corresponde al registro de aquellas consultas de morbilidad, control odontológico y consulta de urgencia GES, a las cuales la persona no acude y no es reconvertida.

Todas las prestaciones se registran de acuerdo con grupos de edades, sexo, 12 años, gestante, 60 años, niños, niñas adolescentes y jóvenes Red SENAME, persona con ingreso integral y condición crónica, migrantes y personas con discapacidad.

El tipo de consulta es independiente del horario que se ejecute.

Atención de odontología general realizada en nivel secundario o terciario.

- **Consulta nueva de Operatoria de alta complejidad:** corresponde a la primera atención en la que se realiza un conjunto de actividades o procedimientos odontológicos básicos que tienen por objetivo devolver funcionalidad a la cavidad bucal. Aplica sólo en usuarios(as) en **un contexto**

intrahospitalario como tratamiento complementario a la atención médico- quirúrgico como por ejemplo en el inicio de tratamientos oncológicos, prequirúrgico para patologías traumatológicas, pre-trasplante, atención de usuarios(as) bajo control psiquiátrico o usuarios(as) inmunodeprimidos. Excluye la operatoria requerida como preparación previa para el inicio de tratamientos de especialidades odontológicas ya que, en estos casos, dichas actividades deben ser ejecutadas en atención primaria de acuerdo con lo establecido en los Protocolos de Referencia y contrarreferencia.

- **Control de Operatoria de alta complejidad:** corresponde a las atenciones posteriores a la consulta nueva de operatoria, que cada persona requiere para dar solución al problema de salud o resolver el requerimiento clínico por el cual fue derivado, cuyo objetivo es completar el estudio, tratamiento y/o seguimiento post alto.

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.

Se excluyen en este registro todas las consultas de morbilidad odontológicas asociadas a Programas de reforzamiento odontológico, que deben registrarse en la Sección G.

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.

Consulta de Urgencia (GES): Corresponde registrar el número de atenciones de urgencias odontológica ambulatoria GES. Las actividades realizadas en la consulta de urgencia se registran en la sección B.

Consulta nueva de Operatoria de alta complejidad: corresponde registrar cuando se ejecuta la primera atención de la persona.

Control Operatoria de alta complejidad: corresponde registrar cada vez que la persona recibe la atención, independiente del número de cupos o bloques agendados para dicha atención.

Reglas de consistencia

R.1: Las actividades de la columna correspondiente a 12 años deben estar incluidas en el Rango etario de 10 a 14 años.

R.2: Las actividades de la columna correspondiente a 60 años deben estar incluidas en el Rango etario de 60 a 64 años.

R.3: Las actividades realizadas a personas gestantes deben estar incluidas en el Rango etario que corresponda.

R.4: Las actividades realizadas a población a personas con discapacidad, en un establecimiento de salud, deben estar incluida en el Rango etario que corresponda.

R.5: Las actividades realizadas a personas con ingreso integral y condición crónica deben estar incluidas en el Rango etario que corresponda.

R.6: Las actividades realizadas a personas migrantes deben estar incluidas en Rango etario que corresponda.

R.7: Las actividades realizadas a niños y niñas, adolescentes y jóvenes del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

Sección B: Actividades de odontología general realizados en Nivel Primario y Secundario de Salud

Definiciones conceptuales

En esta sección, se registran todas las acciones de promoción, prevención, recuperativas y de apoyo diagnóstico de nivel primario y secundario de acuerdo con grupos de edades, sexo, condición de gestante, 12 años, 60 años, niños, niñas adolescentes y jóvenes Red del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil , migrantes y situación de discapacidad.

Educación individual con instrucción de técnica de cepillado: Prestación que tiene como objetivo entregar herramientas para que el(la) usuario(a) y/o la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, 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.

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.

Examen de salud oral: prestación que considera la evaluación de toda la cavidad bucal, labios, mucosas, cara interna de mejillas, encías, lengua, paladar, piso de boca, faringe, glándulas salivales, saliva, rebordes alveolares, arcadas dentarias superior e inferior, dientes y oclusión. Proporcionada a cada persona que asiste a una consulta o control odontológico, con el objetivo de detectar posibles alteraciones. Puede ser realizado en el establecimiento de salud, domicilio u otro lugar adaptado para ello

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.

Fluoración 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.

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.

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.

Exodoncia: es la extracción de un diente temporal o definitivo, indicada y/o programada o por urgencia, en cualquier nivel de atención.

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. Excluye el registro de acceso cavitario.

Acceso Cavitario (o acceso endodóntico o trepanación): procedimiento que corresponde al acceso a la cámara pulpar, vaciamiento del contenido cameral y de los 2/3 cervicales de los conductos radiculares.

Restauración estética: Es la obturación definitiva de un diente temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante composite u otro material de obturación estético.

Restauración de amalgamas: Es la obturación definitiva de un diente temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas, mediante amalgama.

Obturaciones de vidrio ionómero: Es la obturación definitiva de un diente temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas, mediante vidrio ionómero.

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.

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.

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.

Aplicación de fluoruro diamino de plata: prestación no invasiva que consiste en aplicar la solución de fluoruro diamino de plata sobre las lesiones de caries para detener su progreso.

Procedimiento Médico Quirúrgico: Procedimientos que son parte del tratamiento de las urgencias odontológicas ambulatorias GES. Considera prescripción de AINE y/o antibioterapia o colutorio de clorhexidina, drenaje de absceso o flegmón de vestíbulo bucal, aseo quirúrgico, sutura, ferulización y control asociado a los procedimientos que son parte del tratamiento de las urgencias odontológicas ambulatorias GES.

Definiciones operacionales

Educción individual con instrucción de técnica de cepillado: se registra por cada sesión.

Consejería breve en tabaco: se registra por cada consejería realizada en una atención.

Examen de salud oral: se registra por cada sesión en la que se realiza el examen bucal completo definido.

Aplicación de sellantes: se registra por cada diente sellado.

Actividad interceptiva de anomalías dento maxilares (OPI): se registra por sesión de actividades.

Fluoración tópica barniz: 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 diente en que se realizó un tratamiento restaurador atraumático.

Procedimientos médico-quirúrgicos: Corresponde registrar el número de procedimientos realizados en la consulta de urgencia odontológica ambulatoria GES, (se excluye exodoncia, acceso cavitario, procedimiento pulpar y obturación, ya que se registran en otras filas de sección B).

Radiografía intraoral (retroalveolares, bite wing y oclusales): corresponde registrar el número de placas radiográficas (una o más).

Aplicación de fluoruro diamino de plata: se registra una fluoración por sesión.

Reglas de consistencia

R.1: Las actividades de la columna a 12 años deben estar incluidas en el rango etario de 10 a 14 años.

R.2: Las actividades de la columna correspondiente a 60 años deben estar incluidas en el rango etario de 60 a 64 años.

R.3: Las actividades realizadas a personas gestantes deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.4: Las actividades realizadas a personas con discapacidad deben estar incluida en el rango etario que corresponda.

R.5: Las actividades realizadas a personas migrantes deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.6: Las actividades realizadas a niños y niñas, adolescentes y jóvenes del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.7: Las compras de servicios, no deben estar contenidas en el total de la producción.

Sección C: Ingresos y egresos de odontología general en nivel primario y secundario de salud

Definiciones conceptuales

Esta sección recoge información asociada a la atención de odontología general ejecutada en establecimientos de nivel primario y secundario de Salud.

En APS, abarca a las personas que se encuentran priorizadas en población bajo control con enfoque de riesgo odontológico y las metas asociadas a cumplimiento en este nivel, por lo tanto, corresponderán a aquellas personas que se registran en la sección A “Consulta de Morbilidad” y “Control Odontológico”.

Ingresos a tratamiento odontología general: Corresponde la persona que inicia su tratamiento odontológico integral en APS.

Toda persona ingresada a tratamiento debe contar con examen de salud oral, con su registro de Ceo-d 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.

Ingreso Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO): corresponde a niños y niñas, y adolescentes, que ingresan por primera vez al control con enfoque de riesgo odontológico al nivel primario de atención, con el fin de realizar examen oral, valorar CEOD, evaluar factores de riesgo y prevención 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.

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.

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

Egresos por Fallecimiento: corresponde a las personas que egresan por fallecimiento por cualquier circunstancia.

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. Incluye altas preventivas.

Egresos por abandono: Corresponde a la ausencia o no presentación de la persona a una citación formal y conocida por ésta para una atención dental. Se considerará como abandono a la inasistencia a 3 citaciones continuas que fueron debidamente informadas la persona, se incluye en esta definición los egresos a tratamiento de odontología general por fallecimiento o traslado de centro de salud.

Índice COPD o Ceo-d 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 (Ceo-d). Para las niñas y niños menores de 7 años, se considerarán los dientes

temporales para el registro de ceo-d. A partir de los 7 años, se registrará el índice COPD, para dientes definitivos.

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.

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(34).

Ingreso a tratamiento Operatoria intrahospitalaria: es la actividad relacionada con el inicio del tratamiento odontológico. Puede efectuarse en la consulta nueva de operatoria o en uno de los controles posteriores.

Alta de tratamiento Operatoria intrahospitalaria: es la actividad relacionada con el término del tratamiento de operatoria, que motivó la consulta. Aplica registro de alta por cada ingreso que la persona requiera.

Definiciones operacionales

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 persona 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 (persona sana 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 personas 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 Ceo-d 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 aquellas personas 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.

Para el caso de ingreso y alta a tratamiento Operatoria intrahospitalaria, se debe realizar el registro en estas prestaciones y además consignar si dicha prestación se efectuó en una Consulta Nueva o en un Control Operatoria intrahospitalaria (REMA09 Sección A).

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 personas en tratamiento de un período a otro.

R.2: En el caso de altas e ingresos a tratamientos de operatoria de alta complejidad, puede haber un mayor número de altas respecto de los ingresos considerando la resolución de personas que postergaron su atención por diversos motivos.

R.3: Las actividades de la columna a 12 años deben estar incluidas en el rango etario de 10 a 14 años.

R.4: Las actividades de la columna correspondiente a 60 años deben estar incluidas en el rango etario de 60 a 64 años.

R.5: Las actividades realizadas a personas gestantes deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.6: Las actividades realizadas a personas con discapacidad deben estar incluida en el rango etario que corresponda.

R.7: Las actividades realizadas a personas migrantes deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.8: Las actividades realizadas a niños y niñas, adolescentes y jóvenes de Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.9: Las actividades realizadas a personas con ingreso integral y condición crónica deben estar incluidas en rango etario que corresponda.

Sección D: Interconsultas y pertinencia según origen en establecimientos de la red

El registro en esta sección, permite identificar las actividades relacionadas con el subproceso de referencia en Red, que constituye el acto clínico y administrativo mediante el cual un(a) odontólogo(a) o médico(a) de un establecimiento de salud deriva a una persona, de acuerdo con los protocolos de referencia y contrarreferencia y mapa de derivación de su red, que posea las capacidades resolutivas para abordar, desde el ámbito diagnóstico y/o terapéutico, la respuesta a un requerimiento de salud específico. El profesional clínico derivador puede estar en el mismo u otro establecimiento.

Definiciones conceptuales

Interconsultas generadas según origen: corresponde a todas las Solicitudes de Interconsulta (SIC) para especialidades odontológicas generadas independiente del origen. Los orígenes más frecuentes son: Atención Primaria de Salud (APS), desde un especialista a otro dentro del establecimiento ambulatorio de especialidades, desde el área de hospitalizados y desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH).

Origen desde la APS: corresponde a la SIC originada en establecimientos de APS, excluyendo los dispositivos de urgencia de atención primaria.

Origen desde Atención Ambulatoria de Especialidad (entre especialistas insertos en CDT, CAE, CRS): corresponde a la SIC originada en establecimientos ambulatorio de especialidad con el objetivo de abordar la continuidad de atención por la misma condición de salud u otro requerimiento clínico que cumpla con los criterios definidos en los protocolos de referencia y contrarreferencia.

Origen desde atención de urgencia en la UEH: corresponde a la SIC originada en establecimientos hospitalarios con unidad de urgencia para una atención de urgencia diferida, que cumpla con los criterios definidos en los protocolos de referencia y contrarreferencia.

Origen desde la atención en la Unidad de Hospitalizados: corresponde a la SIC originada en establecimientos hospitalarios en donde la persona finalizó su proceso de hospitalización para manejo de especialidad distinta a la que motivó la hospitalización, pendiente al momento del alta; manejo de especialidad en un establecimiento distinto al que originó el alta hospitalaria, manejo multidisciplinario de especialidad dentro o fuera del mismo establecimiento que originó el alta hospitalaria.

Pertinencia origen: corresponde a la evaluación por parte de un(a) odontólogo(a) en establecimiento de origen, respecto a una SIC emitida por odontólogo(a) o médico(a), hacia una especialidad odontológica del mismo u otro establecimiento, con la finalidad de velar por el correcto proceso de referencia de la persona y el cumplimiento de los criterios clínicos y administrativos definidos en los protocolos de referencia y contrarreferencia de la respectiva red.

Priorización destino: corresponde a la evaluación y aplicación de criterios de priorización de las SIC para especialidades odontológicas, registradas en SIGTE, por parte de un odontólogo(a) del establecimiento de destino.

Definiciones operacionales

Interconsultas generadas según origen: registro por número de SIC emitida, en todos los orígenes. Sólo aquellas que demanden resolución de especialidad odontológica.

Pertinencia origen: registro por número de SIC evaluada.

Priorización destino: registro por número de SIC registrada en SIGTE, evaluada.

Regla de consistencia

R.1: Debe existir consistencia en el número de SIC generadas y las SIC con evaluación de pertinencia. El total de SIC con pertinencia en origen no puede ser mayor al total de SIC generadas.

R.2: Debe existir consistencia en el número de SIC con evaluación de pertinencia y las SIC con evaluación de priorización. El total de SIC con evaluación de priorización no puede ser mayor al total de SIC con evaluación de pertinencia.

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 (as) durante las horas trabajadas por concepto de horario continuado (Extensión Horaria o atención en 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 las personas.

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 odontólogo(a) habilitado(a) según normativa sanitaria vigente, 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.

Respuesta a Interconsulta personas hospitalizadas: Es la prestación clínica de especialidad que el/la odontólogo/a realiza a personas hospitalizadas 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 a la persona a quien previamente indicó hospitalización o la persona que evaluó mediante interconsulta hospitalizado, con el objetivo de hacer evaluaciones clínicas de seguimiento.

Tratamiento de traumatismo dento alveolar: Corresponde al tratamiento de lesiones traumáticas que afectan al diente y las estructuras de soporte en forma inmediata y a largo plazo.

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 prequirúrgica: Procedimiento que consiste en la instalación de placas obturadoras en edades tempranas de personas que presentan fisura labio-palatina, para la disminución de las secuelas de esta anomalía.

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/Procedimiento endodóntico regenerativo (REPS): conjunto de procedimientos basados en la biología y en los biomateriales, que busca estimular el desarrollo completo del diente permanente joven y la cicatrización de los tejidos apicales. Incluye también los procedimientos que buscan la aposición de tejidos duros o tope apical que permitan la obturación ortograda del conducto apical.

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.

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.

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.

Ferulización: corresponde a la inmovilización del diente por medio de un dispositivo rígido y fijo. Este procedimiento consiste en la unión de dos o más dientes con la finalidad de aumentar la estabilidad y evitar la movilidad de estos dientes unidos.

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: 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 etapa protésica: procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante implantes dentales o sobredentadura.

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 ejecutada por profesional Patólogo oral.

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 con 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 con 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: educación e instrucción destinada a cambios conductuales que colaboran en la recuperación y mantención de la salud.

Desgaste selectivo: Acción clínica sustractiva en relación con el ajuste de contactos oclusales.

Instalación de dispositivo ortopédico de avance mandibular (DAM): 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 o instalación de dispositivos que se instalan en ambos maxilares con la finalidad de aumentar el espacio de la vía aérea a través del avance mandibular, lográndose una disminución de los eventos obstructivos respiratorios en la persona. .

Actividades Somatoprótesis: Prestaciones ejecutadas por profesional odontólogo(a) relacionadas con la confección e instalación de dispositivos protésicos maxilofaciales.

Rehabilitación de prótesis maxilofacial: Procedimiento clínico dirigido a la rehabilitación protésica de personas con defectos congénitos o adquiridos de la región maxilofacial.

Flujo Digital: corresponde a aquella actividad que utiliza herramientas digitales, en alguna de las fases del flujo digital, tales como digitalización, diseño, planificación y/o producción.

Terapia farmacológica TTM: terapia basada en el manejo farmacológico de patologías del territorio oral y/o maxilofacial ejecutada por profesional especialista en TTM.

Cirugía ortognática: cirugía que permite corregir las condiciones de la mandíbula y la cara relacionadas con la estructura, crecimiento, apnea del sueño, trastornos de la ATM, problemas de maloclusión debido a desarmonías esqueléticas u otras que no pueden ser resueltas de manera tradicional.

Atención bajo sedación inhalatoria (con óxido nitroso): consiste en la administración de óxido nitroso por vía aérea, el cual al llegar a los alvéolos pulmonares difunde a través de la membrana alveolar al torrente sanguíneo para alcanzar el sistema nervioso central (SNC) donde ejercerá su mecanismo de acción.

Definiciones operacionales

En esta sección se registran aquellas actividades que el que el(la) odontólogo(a) habilitado(a) según normativa sanitaria vigente realiza en los distintos Niveles de Atención de Salud.

No se debe 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.

Respuesta a interconsultas personas hospitalizadas: Registrar la atención de la persona hospitalizado, que ha sido solicitada mediante una interconsulta.

Visita a sala: Registrar el número de personas atendidos en cada visita.

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 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.

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.

Adaptación a la atención odontológica por sesión: registrar la atención (sesión) ejecutada por odontopediatra, 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.

Destartraje subgingival o pulido radicular: Registrar la actividad por cuadrante

Destartraje supragingival o pulido coronario: Registrar la actividad por cuadrante.

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. Ejecutado en la especialidad de rehabilitación oral.

Rehabilitación mediante prótesis removible metálica parcial: Registrar el número de aparatos protésicos removibles instalados, de material metálico. Ejecutado en la especialidad de rehabilitación oral.

Rehabilitación mediante prótesis fija unitaria o plural: Registrar el número de prótesis fija unitaria o plural instalada sobre estructura dentaria. Ejecutado en la especialidad de rehabilitación oral.

Rehabilitación mediante prótesis fija implantoasistida: Registrar el número de prótesis fija implantosoportada instalada. Ejecutado en la especialidad de rehabilitación oral.

Rehabilitación mediante prótesis muco-implantoasistida: Registrar el número de prótesis muco-implantosoportada instalada. Ejecutado en la especialidad de rehabilitación oral.

Reparación de prótesis: Registrar el número de prótesis reparadas, ya sean reparaciones simples, compuestas, reajustes y/o rebasados.

Estudio histopatológico: Registrar el número de exámenes realizados (independiente de la técnica utilizada) con el respectivo informe anatomopatológico.

Implantología etapa protésica: registrar el número de prótesis fija o muco implantosoportada instalada. Ejecutado en la especialidad de implantología.

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. Ejecutada en la especialidad de patología oral.

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. Ejecutada en la especialidad de TTM y DOF.

Desgaste selectivo: Registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Instalación de dispositivo ortopédico: Registrar el total de dispositivos ortopédicos o DAM instalados.

Actividades Somatoprótesis: Registrar el número de actividades de somatoprótesis.

Terapia farmacológica TTM: registrar el número de sesiones para el acompañamiento de la terapia farmacológicas.

Flujo digital: corresponde registrar cada vez que la actividad es realizada mediante recursos digitales (en una, alguna o todas las fases: digitalización, diseño, planificación y/o producción).

Atención bajo sedación inhalatoria (con óxido nitroso): corresponde registrar cada vez que se utilice sedación inhalatoria con óxido nitroso por vía aérea, para ejecutar la actividad.

Cirugía ortognática: registrar número de cirugías ortognáticas.

Regla de consistencia

R.1: Las actividades de la columna a 12 años deben estar incluidas en el rango etario de 10 a 14 años.

R.2: Las actividades de la columna correspondiente a 60 años deben estar incluidas en el rango etario de 60 a 64 años.

R.3: Las actividades realizadas a personas gestantes deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.4: Las actividades realizadas a personas con discapacidad deben estar incluida en el rango etario que corresponda.

R.5: Las actividades realizadas a personas migrantes deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.6: Las actividades realizadas a niños y niñas, adolescentes y jóvenes de Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.7: Las actividades realizadas bajo sedación inhalatoria con óxido nitroso deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.8: Las actividades realizadas mediante flujo digital deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.9: Las compras de servicios, no deben estar contenidas en el total de la producción.

Sección F.1 Actividades quirúrgicas por especialidad odontológica

Definiciones conceptuales

El registro en esta sección permite identificar la actividad quirúrgica ejecutada por odontólogos(as) en los distintos niveles de salud, asociada a tipo de cirugía y recinto en que se resuelve.

Cirugía Menor: es una intervención quirúrgica menor médica u odontológica efectuada en un quirófano de cirugía menor, independiente de si los fines son diagnósticos, terapéuticos o estéticos. Dichas intervenciones involucran manipulación mecánica de las estructuras del cuerpo humano, excepto globo ocular y ablación corneal, incisión de la piel o mucosa y otros planos, cirugías menores con acceso instrumental a vías o conductos naturales del organismo que requieren ser realizados con técnicas asépticas de máxima barrera; éstas no requieren hospitalización de la persona intervenida, podrán hacer uso de anestesia local y/o sedación consciente de corta duración, cuya realización conlleva bajo riesgo y mínimas complicaciones post quirúrgicas.

Cirugía Mayor Ambulatoria electiva/urgencia: es la intervención quirúrgica mayor, efectuada en un quirófano de cirugía mayor ubicado en Unidad de Pabellón, por prestador individual de salud calificado parte de un equipo de atención quirúrgico y de anestesia; que implica la incisión de la piel y otros planos para ingresar y/o manipular órganos no vitales, tejidos y cavidades estériles, que conlleve riesgo de sangrado mayor a un 10% de la volemia o que requiera hacer uso de sedación profunda, anestesia general y/o regional. La admisión, la intervención quirúrgica, la recuperación y el alta de la persona ocurren el mismo día, en menos de 24 horas.

Cirugía Mayor No Ambulatoria Electiva/Urgencia: Es la intervención quirúrgica mayor, efectuada en un quirófano de cirugía mayor ubicado en Unidad de Pabellón, por prestador individual de salud calificado parte de un equipo de atención quirúrgico y de anestesia; que implica la incisión de la piel y otros planos para ingresar y/o manipular órganos no vitales, tejidos y cavidades estériles, que conlleve riesgo de sangrado mayor a un 10% de la volemia o que requiera hacer uso de sedación profunda, anestesia general y/o regional. La recuperación de la persona es realizada en una cama hospitalaria de dotación.

Cirugía Electiva: estas intervenciones, de acuerdo con el diagnóstico y las características clínicas de la persona, podrán ser diferidas en el tiempo para su realización electiva y mientras no exista riesgo de su estado de salud.

Urgencia: estas intervenciones, de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, debe ser de urgencia.

Sala de Procedimientos: es el recinto en el que se ejecutan procedimientos invasivos o cirugías menores en personas que no requieren de hospitalización. Los requisitos dependerán de la norma técnica vigente.

Quirófano de menor: es el recinto en el que se realizan intervenciones quirúrgicas odontológicas de cirugía menor. Los requisitos dependerán de la norma técnica vigente.

Quirófano de mayor: es el recinto en el que se realizan intervenciones quirúrgicas odontológicas, principalmente de cirugía mayor. Sin embargo, puede estar destinado a la ejecución de procedimientos y cirugías menores según condición de la persona. Los requisitos dependerán de la norma técnica vigente.

Cirugía Tercer molar: intervenciones que conllevan a la extracción quirúrgica de un tercer molar. Esta extracción puede ser simple o compleja.

Implantes Dentales: procedimiento clínico quirúrgico dirigidos a la instalación de elementos o dispositivos que permiten la osteointegración en tejido óseo maxilar o mandibular y procedimientos relacionados.

Definiciones operacionales

Cirugía Menor: Corresponde registrar la cirugía menor ejecutada por odontólogo(a) (por bloque utilizado en el recinto), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención. Corresponde registrar por tipo de sedación/anestesia y recinto utilizados.

Cirugía Mayor No ambulatoria Electiva/urgencia: corresponde registrar la cirugía mayor no ambulatoria electiva o de urgencia, ejecutada por odontólogo(a) (por bloque utilizado en el recinto), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención. Corresponde registrar por tipo de sedación/anestesia y recinto utilizados.

Cirugía Mayor Ambulatoria Electiva/urgencia: Corresponde registrar la cirugía mayor ambulatoria electiva o de urgencia ejecutada por odontólogo(a) (por bloque utilizado en el recinto), independiente del número de actividades realizadas en dicha intervención. Corresponde registrar por tipo de recinto utilizados.

implantes dentales: registrar número de implantes.

Cirugía de tercer molar: registrar número de terceros molares extraídos (registrar por diente).

Reglas de consistencia

R.1: Las actividades realizadas a personas con discapacidad deben estar incluidas en el registro de la intervención quirúrgica correspondiente.

R.2: Los implantes dentales deben n estar incluidos en el registro de la intervención quirúrgica correspondiente.

R.3: Las cirugías de tercer molar deben estar incluidas en el registro de la intervención quirúrgica correspondiente.

Sección F.2: 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 periapical (por placa)
- Radiografía intraoral mediante técnica bite wing
- Radiografía oclusal
- Telerradiografía
- Radiografía panorámica
- Tomografía computacional cone beam craneofacial
- Tomografía computacional cone beam unimaxilar

- Tomografía computacional cone beam zona dentaria
- Sialografías (por procedimiento)
- Procedimiento imagenológico complejo (por procedimiento)
- Procedimiento en glándula salival.

Definiciones operacionales

Radiografía periapical (por placa): se debe registrar número de placas tomadas con el respectivo informe de interpretación radiográfica.

Radiografía Bite Wing bilateral: se debe registrar examen radiográfico tomado con el respectivo informe de interpretación radiográfica.

Radiografía oclusal: se debe registrar examen radiográfico tomado con el respectivo informe de interpretación radiográfica.

Telerradiografía: se debe registrar, examen radiográfico tomado, sea frontal o lateral, digital o análoga, con el respectivo informe de interpretación radiográfica.

Radiografía panorámica: registrar examen radiográfico tomado, digital o análoga. con el respectivo informe de interpretación radiográfica.

Tomografía computacional cone beam craneofacial: registrar cada tomografía adquirida con el respectivo informe de la interpretación de los hallazgos.

Tomografía computacional cone beam unimaxilar: registrar cada tomografía adquirida con el respectivo informe de la interpretación de los hallazgos.

Tomografía computacional cone Beam zona dentaria: registrar cada tomografía adquirida con el respectivo informe de la interpretación de los hallazgos.

Sialografías (por procedimiento): registrar el procedimiento de inyección del medio de contraste, seguimiento y evaluación. Incluye placas tomadas y el informe de su interpretación radiográfica.

Procedimiento en glándula salival: registrar por cada evaluación previa a estudio imagenológico de glándulas salivales o instilación para lavado del conducto excretor glandular.

Procedimiento imagenológico complejo (por procedimiento): registrar 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: Las actividades de la columna a 12 años deben estar incluidas en el rango etario de 10 a 14 años.

R.3: Las actividades de la columna correspondiente a 60 años deben estar incluidas en el rango etario de 60 a 64 años.

R.4: Las actividades realizadas a personas gestantes deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.5: Las actividades realizadas a personas con discapacidad deben estar incluida en el rango etario que corresponda.

R.6: Las actividades realizadas a personas migrantes deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.7: Las actividades realizadas a niños y niñas, adolescentes y jóvenes de Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.8: Las compras de servicios, no deben ser incluidas en el total de la producción.

Sección G: Estrategias de salud Bucal y programa GES (Actividades incluidas en Sección B)

Definiciones conceptuales

En esta sección corresponde a aquellas actividades que se realicen a través de la ejecución del programa “Estrategias de Salud Bucal” mediante sus estrategias: Atención Odontológica Integral de mujeres “Más Sonrisas” y Hombres, Atención Odontológica en Domicilio y Atención Odontológica Integral a estudiantes de enseñanza media. Programa GES Odontológico para personas de 60 años, Estrategia de Morbilidad del Adulto en Extensión Horaria, Estrategia resolución de Especialidades Odontológicas en APS, y Estrategia de Atención Periodontal a personas con Diabetes Mellitus ingresados a ECICEP. Por último, corresponde registrar a las auditorías clínico-administrativas realizadas a los tratamientos con prótesis removibles.

Estrategia de Atención Más Sonrisas Para Chile:

Reparaciones de prótesis: refiere el número de reparaciones de prótesis realizadas en las beneficiarias de este programa.

Altas integrales: corresponden a personas que han cumplido las etapas de examen de salud oral, diagnóstico con aplicación de pauta de riesgo, refuerzo educativo, prevención específica y reparación del daño.

Estas altas integrales se deben desglosar según origen del ingreso a la estrategia correspondiendo a las altas realizadas a beneficiarias JUNJI-Integra-MINEDUC, SERNAMEG, PRODEMU, MINVU, Subsistemas Seguridades y Oportunidades y demanda local.

Estrategia Atención Odontológica Integral a Hombres:

Reparación de prótesis: se refiere al número de reparaciones de prótesis realizadas en los beneficiarios de este programa.

Altas Integrales: corresponden a personas que han cumplido las etapas de examen de salud oral, diagnóstico con aplicación de pauta de riesgo, refuerzo educativo, prevención específica y recuperación del daño.

Estas altas integrales se deben desglosar según origen del ingreso a la estrategia correspondiendo a las altas realizadas a beneficiarios Subsistemas Seguridades y Oportunidades o demanda local.

Estrategia Atención Odontológica en Domicilio.

Altas Personas con dependencia severa: corresponde a las altas odontológicas realizadas a personas con dependencia que han cumplido las etapas de examen de salud oral, diagnóstico con aplicación de pauta de riesgo, refuerzo educativo, prevención específica y recuperación del daño, beneficiarias del programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa.

Altas Cuidadores(as) de personas con dependencia: corresponde a las altas odontológicas que han cumplido las etapas de examen de salud oral, diagnóstico con aplicación de pauta de riesgo, refuerzo educativo, prevención específica y recuperación del daño en personas que realizan los cuidados directos de las personas con dependencia severa que son beneficiarios/as del programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa.

Estrategia Resolución de Especialidades en APS

Tratamiento endodoncia: se refiere a personas que recibieron este tipo de tratamiento, cualquiera sea la característica del diente tratado.

El registro debe incluir el número de personas que reciben el tratamiento, el número de dientes tratados por odontólogo(a) general y el número de dientes tratados por especialista.

Tratamiento de Periodoncia: se refiere a las personas que recibieron tratamiento de especialidad de Periodoncia (examen de salud oral, diagnóstico con aplicación de pauta de riesgo, refuerzo educativo, prevención específica, destartraje subgingival, Pulido radicular, etc.).

El registro debe incluir el número de personas que reciben el tratamiento, el número de sextantes tratados por especialista.

Prótesis Removibles: corresponde a las prótesis instaladas en los/as beneficiarios/as de este

programa que reciben un tratamiento de rehabilitación (examen de salud oral, diagnóstico con aplicación de pauta de riesgo, refuerzo educativo y prevención específica).

El registro debe incluir el número de personas que reciben el tratamiento, el número de prótesis removibles realizados por odontólogo(a) general y el número de prótesis removibles realizados por especialista.

Programa GES Odontológico Adulto (60 Años):

corresponde a las actividades comprometidas para esta Garantía Explícita de Salud. Considera altas integrales, acciones para tratamientos de endodoncia y prótesis removibles instaladas según necesidad de la persona.

Altas Integrales: corresponde al egreso del programa por parte de la persona de 60 años que se produce al haber cumplido con las etapas de examen de salud oral, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación. Cuando el alta integral considera rehabilitación protésica se da posterior a los controles protésicos.

Tratamientos de endodoncia: se refiere a las personas que recibieron este tratamiento, cualquiera sea la característica del diente tratado, en personas beneficiarias de GES 60 años.

Prótesis removibles: corresponde a las personas que reciben este tratamiento dentro del programa de GES 60 años.

Estrategia Estudiantes de Enseñanza Media

Altas integrales estudiantes de Enseñanza Media corresponden a estudiantes de enseñanza media que han cumplido las etapas de examen de salud oral, diagnóstico con aplicación de pauta de riesgo, refuerzo educativo, prevención específica y tratamiento recuperativo.

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 establecimientos educacionales.

Estrategia Morbilidad del Adulto

Morbilidad adulta: considera el acceso a la atención odontológica de personas desde los 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; aplicación de fluoruro diamino de plata, pulido coronario, destartraje supragingival, exodoncia, restauración estética, destartraje subgingival y pulido radicular por sextante, obturación de vidrio ionómero y tratamiento restaurador atraumático.

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 y financiada por programa de reforzamiento. Se excluyen en este registro todas las consultas de morbilidad odontológicas incluidas en el Plan de Salud Familiar, ya sea en horario diurno o en horario continuado las cuales se deben registrar en la sección A y E respectivamente.

Estrategia ECICEP Atención Periodontal Personas con Diabetes Mellitus

Tratamiento periodoncia odontólogo APS: corresponde a personas con diabetes mellitus ingresados a ECICEP, que han cumplido, al menos, con las etapas de examen periodontal completo, diagnóstico específico con aplicación de pauta de riesgo y tratamiento periodontal no quirúrgico que se requiera realizado por odontólogo(a) de APS **en el contexto del Programa de Universalización de la APS.**

El registro debe se desglosado con el número de personas que reciben y terminan el tratamiento y el número de sextantes tratados por odontólogo(a) de APS.

Tratamiento periodoncia por periodoncista: corresponde a personas con diabetes mellitus ingresados a ECICEP, que han cumplido, al menos, con las etapas de examen periodontal completo, diagnóstico específico con aplicación de pauta de riesgo y tratamiento periodontal no quirúrgico que se requiera, realizado por especialista **en el contexto del Programa de Universalización de la APS.**

El registro debe se desglosado con el número de personas que reciben y terminan el tratamiento y el número de sextantes tratados por especialista.

Número de controles por periodoncista: corresponde a dos controles posteriores al tratamiento periodontal realizado por especialista, en los cuales se consideran el control después de la última sesión de tratamiento y el control periodontal en la terapia.

Definiciones operacionales

En esta sección se registran todas aquellas actividades financiadas por Programa de Reforzamiento “Estrategias de Salud Bucal” a través de sus estrategias Atención Integral de Mujeres “Más Sonrisas para Chile”, Atención Odontológica Integral de Hombres, Atención Odontológica en Domicilio y Estrategia estudiantes de enseñanza media, Programa GES Odontológico para personas de 60 años, Estrategia resolución de Especialidades Odontológicas en APS, Estrategia Morbilidad Adulto y Estrategia de Atención Periodontal a personas con Diabetes Mellitus ingresados a ECICEP, de acuerdo con grupos de edades, sexo,

personas con discapacidad, niños, niñas, adolescentes y jóvenes del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, personas migrantes, personas con ingreso integral y condición crónica, personas de pueblos originarios e identidad de género, según corresponda.

Reglas de consistencia

R.1: El detalle por rango etario debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Las actividades realizadas a personas con discapacidad deben estar incluida en el rango etario que corresponda.

R.3: Las actividades realizadas a personas migrantes deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.4: Las actividades realizadas a niños y niñas, adolescentes y jóvenes del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.5: Las actividades realizadas a personas con ingreso integral y condición crónica deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.6: Las actividades realizadas a personas de pueblos originarios deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.7: Las compras de servicios, no deben ser incluidas en el total de la producción.

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 Ceo-d=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 Ceo-d.

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(a) 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(35).

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 rango etario, sexo, situación de discapacidad en aquellas personas 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: Las actividades realizadas a personas con discapacidad deben estar incluidos en detalle por edades según corresponda.

R.3: Las actividades realizadas a personas migrantes deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.4: 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.5: 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 (procedimiento invasivo, cirugía menor, cirugía mayor no ambulatoria y cirugía mayor ambulatoria) 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 personas que están sedados por los efectos de óxido nitroso administrado por vía inhalatoria.

Atención bajo anestesia general: Se define como la atención odontológica otorgada a personas mientras están sometidos a la acción de anestésicos generales.

Atención bajo sedación oral: Se define como la atención odontológica otorgada a personas que están sedados por los efectos de una droga que ha sido administrada por vía oral.

Atención bajo de sedación profundo: se define como la atención otorgada a la persona que se le administró fármacos que inducen estado de ausencia de conexión con el medio. La persona no puede ser fácilmente excitada, pero responde a una estimulación repetida o dolorosa, sin llegar a alcanzar el nivel hipnótico profundo de la anestesia general. Puede verse afectada la capacidad para mantener la función de ventilación espontánea y la vía aérea permeable.

Atención bajo anestesia local: se define como la atención otorgada a la persona que se le administró fármacos inyectables o tópicos para bloquear el dolor (analgesia) de una pequeña zona del cuerpo por un tiempo acotado.

Procedimiento invasivo: es una intervención realizada sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles a través de técnica aséptica. Dichas intervenciones involucran incisiones de menos de 5 centímetros de diámetro en la piel y mucosas sin traspasar el tejido subcutáneo, excepto en el caso de punciones incluyendo conjuntiva y esclera; uso de equipos que penetren la piel y mucosas; y, acceso instrumental a vías o conductos naturales del organismo; descartando aquellas que, por su urgencia, posible riesgo o complicación, ameriten ser resueltas en un servicio de urgencia o en un quirófano. Podrán hacer uso de anestesia local o sedación consciente de corta duración.

Definición operacional:

Atención bajo sedación inhalatoria (óxido nitroso): corresponde registrar el número de atenciones, desagregado por tipo de intervención, en las que se utiliza este mecanismo de sedación.

Atención bajo anestesia general: corresponde registrar el número de atenciones, desagregado por tipo de intervención, en las que se utiliza este mecanismo de anestesia.

Atención bajo sedación oral: corresponde registrar el número de atenciones, desagregado por tipo de intervención, en las que se utiliza este mecanismo de sedación.

Atención bajo de sedación profundo: corresponde registrar el número de atenciones, desagregado por tipo de intervención, en las que se utiliza este mecanismo de sedación.

Atención bajo anestesia local: corresponde registrar el número de atenciones, desagregado por tipo de intervención, en las que se utiliza este mecanismo de anestesia.

Regla de consistencia

R.1: El total declarado por grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Las actividades realizadas a personas con discapacidad deben estar incluidos en detalle tipo de intervención y técnica de sedación/anestesia.

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.

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.

Consulta de Urgencia GES: corresponde a la atención no programada, realizada a la persona 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. La atención realizada en la Unidad de Emergencia Hospitalaria se debe registrar en REMA08.

Consulta de urgencia No GES: corresponde a la atención no programada, realizada a la persona 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. La atención realizada en la unidad de Emergencia Hospitalaria se debe registrar en REMA08.

Consulta nueva de especialidad: corresponde a la primera atención de especialidad realizada por odontólogo(a) habilitado(a) según normativa sanitaria vigente, generada por un episodio de una enfermedad u otro requerimiento clínico, mediante la cual se puede o no resolver el motivo de consulta. Siempre debe ser gestionada a través de una SIC**.**

Control de especialidad: corresponde a las atenciones posteriores a la consulta nueva, que cada persona requiere para dar solución al problema de salud o resolver su requerimiento clínico por el cual fue derivado, cuyo objetivo es completar el estudio, tratamiento y/o seguimiento post alta.

Ingreso a tratamiento en la especialidad: corresponde al acto clínico relacionado 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: corresponde al acto clínico y administrativo que se realiza cuando la persona ya ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico respecto del episodio de enfermedad o requerimiento clínico que originó la derivación al nivel de especialidad ambulatoria y es retornado al establecimiento de atención primaria de origen u otro establecimiento donde requiera continuar sus cuidados. Este hito debe ir acompañado con un documento de contrarreferencia. Aplica registro de alta por cada ingreso y especialidad que la persona requiera.

Tabla. Hitos Trazadores de Alta de tratamiento de especialidad

Especialidad	Hito trazador de registro
Cirugía y traumatología maxilofacial	Ejecución de la intervención quirúrgica
Endodoncia	Obturación de canal(es) o conducto(s) radicular(es)
Periodoncia	Fase activa controlada
Rehabilitación: Prótesis fija	Cementación de prótesis fija unitaria/plural e inlay/onlay
Rehabilitación: Prótesis removible	Ajuste y entrega de prótesis terminada
Rehabilitación: Prótesis implantoasistida	Cementación corona sobre implante/ Ajuste y entrega de prótesis terminada
Implantología buco maxilofacial	Ejecución de la cirugía de implante(s)
Patología oral	Fase aguda controlada
Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial	Fase aguda controlada
Somatoprótesis	Instalación de prótesis maxilofacial

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 tales como, inasistencia (o NSP) a dos citaciones consecutivas al mismo evento, generado a través de citas con contacto efectivo, sin previa justificación por parte de la persona; la no solicitud de atención, pese a las estrategias de rescate por parte de la institución, a controles de tratamiento de especialidad por un período igual o superior a 6 meses; persona que no adhiere a tratamiento según norma establecida en el establecimiento; persona que, habiendo sido ingresada, no cumple con criterios clínicos de derivación; renuncia o rechazo voluntario a la atención, lo cual debe ir acompañado con un registro clínico y administrativo de respaldo; por fallecimiento, lo cual deberá consignarse en historia clínica y otros sistemas de acuerdo con lo establecido en el establecimiento.

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 a la persona, 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 de la persona, a través de la anamnesis y examen clínico. Se considera pertinente, aquella derivación que cumple con los criterios clínicos para cada especialidad.

Inasistentes: ocurre cuando la persona no acude a la cita efectiva y agendada. Se deben registrar las consultas nuevas y controles a las cuales la persona No Se Presentó (NSP), independiente si los cupos fueron agendados a otras personas.

Contrarreferencia al alta: corresponde a un mecanismo de coordinación clínica, de carácter obligatorio, donde el(la) odontólogo(a) que otorga la atención de especialidad informa al profesional del establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, el resultado del manejo del requerimiento de salud por el cual fue derivada la persona. Su propósito es mantener una comunicación fluida entre los distintos niveles de complejidad asistencial, mejorar el control del estado de salud de la persona posterior al tratamiento del especialista y evitar la reincidencia en la lista de espera por consulta nueva de especialidad odontológica.

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.

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 rango etario y sexo.

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.

Control de Especialidad: corresponde registrar cada vez que la persona recibe la atención, independiente del número de cupos o bloques agendados para dicha atención.

****Cupo o bloque de agenda:** corresponde al tiempo asignado a un tipo de prestación (ejemplo: Consulta nueva de especialidad o control de especialidad) en el sistema de agenda de cada establecimiento.

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 la persona ha sido derivado cumpliendo con el Protocolo de Referencia y contrarreferencia vigente. El registro sólo aplica en las consultas nuevas y por tipo de origen: APS, especialidades, hospitalizado y urgencia.

Consulta pertinente según condición clínica: corresponde registrar toda vez que en la consulta nueva el/la profesional confirma que la persona cumple con los criterios clínicos abordables por la especialidad. El registro aplica sólo en las consultas nuevas y por tipo de origen: APS, especialidades, hospitalizado y urgencia.

Contrarreferencia al alta: corresponde registrar cada vez que el(la) odontólogo(a) realiza el documento de contrarreferencia. El registro aplica sólo en el alta de tratamiento.

Ortodoncia Preventiva e Interceptiva (OPI): registrar la atención (sesión) independiente de las actividades realizadas en dicha sesión.

Inasistente o NSP: corresponde realizar el registro cuando la persona 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.

Usuario oncológico: el registro está asociado a la atención realizada por el(la) odontólogo(a), asociada a una consulta nueva o control de especialidad y no al número de actividades realizados a la persona.

Reglas de consistencia

R.1: El detalle por rango etario debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

R.2: Las actividades de la columna correspondiente a 60 años deben estar incluidas en el grupo de 60 a 64 años.

R.3: Las actividades realizadas a personas gestantes deben estar incluidas en el rango de etario que corresponda.

R.4: Las actividades realizadas a personas con discapacidad deben estar incluida en el rango de etario que corresponda.

R.5: Las actividades realizadas a usuarios oncológicos deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.6: Las actividades realizadas a personas migrantes deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.7: Las actividades realizadas a personas de pueblos originarios deben estar incluidas en el rango etario que corresponda.

R.8: Las actividades de ortodoncia preventiva e interceptiva deben estar incluida en el rango etario que corresponda.

R.9: La pertinencia y la contrarreferencia deben estar incluidos en el rango etario que corresponda.

R.10: Las compras de servicios, no deben ser incluidas en el total de la producción.

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 (la) Odontólogo(a), 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(a), 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: Las personas gestantes y personas de 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 continúa 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 las personas entre ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos y la continuidad de atención. Incluye revisión de fichas clínicas, análisis de casos, sesiones de capacitación y estudio, reuniones de coordinación y atención conjunta en modalidad presencial o a distancia mediante TICs.

La orientación técnica define tres 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(la) odontólogo(a) especialista consultor, se presenta en APS para reunirse con el equipo y realizar la evaluación de la persona 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 la persona o a distancia o a través de la revisión de fichas clínicas.

Número de casos atendidos: corresponde al número de personas 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 presenta regla de consistencia

REM A11: EXÁMENES DE PESQUISA DE ENFERMEDADES

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

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

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: Donantes Confirmados Enfermedad De Chagas.

Sección H: Seguimiento De Casos.

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.

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 extrasistema.

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.

En caso de los Servicios de Sangre que reciben los exámenes confirmados desde un Centro de Sangre o Centro productor, no DEBEN registrar este REM. Los responsables de completar este dato es el Centro de Sangre o centro producto, bajo el principio de territorialidad que registra quien ejecuta la prestación.

Definiciones transversales

- **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 de sangre:** Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud o servicio de sangre con atención de donantes, a donar sangre o sangre o un componente específico (aféresis)

- **Donante altruista nuevo:** Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a las donaciones provenientes de donantes que donan 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.

- **Altruista repetido:** Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a las donaciones provenientes de donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago o incentivo a cambio.

- **Reposición o familiar:** Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a las donaciones provenientes de donantes que están respondiendo las necesidades de sangre y/o productos sanguíneos 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 las pruebas serológicas 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 a la prueba Serológicas 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, Servicios 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:** Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud o servicio de sangre con atención de donantes, a donar sangre o un componente específico (aféresis)
- **Donante altruista nuevo:** Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a las donaciones provenientes de donantes que donan 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.
- **Altruista repetido:** Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a las donaciones provenientes de donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago o incentivo a cambio.
- **Reposición o familiar:** Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a las donaciones provenientes de donantes que están respondiendo las necesidades de sangre y/o productos sanguíneos 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 la prueba de ELISA para HTLV realizado como Screening.

Para Chagas: Se considera como Screening la prueba 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 reactivos.

R.3: Las secciones B1 del REM A11 deben estar contenidas en REM A25.

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 la prueba 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 la prueba 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.
- **Donante de sangre:** Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud o servicio de sangre con atención de donantes, a donar sangre o un componente específico (aféresis)
- **Donante altruista nuevo:** Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a las donaciones provenientes de donantes que donan 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.
- **Altruista repetido:** Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a las donaciones provenientes de donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago o incentivo a cambio.
- **Reposición o familiar:** Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a las donaciones provenientes de donantes que están respondiendo las necesidades de sangre y/o productos sanguíneos 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(36) 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 rango etario 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 rango etario 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 pruebas 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.

Seccion G: 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

R.1: Las secciones G del REM A11 deben estar contenidas en REM A25.

Sección H: 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 presenta regla de consistencia.

REM A11a: TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL

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

Sección L: Screening Enfermedad de Chagas para Embarazadas, Puérperas y Mujeres en Edad Fértil.

Sección M: Diagnóstico Transmisión Vertical Madre Hijo/a con Enfermedad de Chagas.

Sección N: Tratamientos Farmacológicos.

El REM A.11a 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

Sección A: Tratamiento de Sífilis en gestantes

Definiciones conceptuales

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 gestantes con test no treponémico reactivo por primera vez en este embarazo que reciben el tratamiento inicial para sífilis con 1 dosis de penicilina durante el mes de reporte. Excluye a quienes reciben tratamiento con otro fármaco.

Gestantes con 1° test no treponémico reactivo en este embarazo: Considera a todas aquellas mujeres en control prenatal con test no treponémico reactivo por primera vez en esta gestación durante el mes de reporte, 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 un resultado reactivo en este embarazo.

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.

Definiciones operacionales

Gestantes con 1° test no treponémico reactivo en este embarazo: 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.

Gestantes con 1° test no treponémico reactivo en este embarazo con penicilina administrada: se debe registrar solo aquellas gestantes con test no treponémico reactivo y que reciben el tratamiento inicial para sífilis con 1 dosis de penicilina durante el mes de reporte.

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.

R.3: El número de mujeres tratadas con primera dosis puede ser menor o igual al total de gestantes con serología reactiva por primera vez en este embarazo

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

Definiciones conceptuales

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 horas 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 horas 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 VIH 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 horas 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.

Sección L: Tamizaje de Infeccion por *T. cruzi* (enfermedad de Chagas) en personas gestantes y mujeres en edad férti en atencion primaria de salud

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 persona para iniciar una gestación, de acuerdo con sus factores de riesgos presentes antes del proceso gestacional. En particular sobre enfermedad de Chagas comprende el examen serológico que se realiza a la mujer para confirmar o descartar la infección por *T cruzi.*

Control regulación de la Fertilidad en APS: Es la atención integral proporcionada otorgada a una persona posponer una gestación, de acuerdo con sus factores de riesgos presentes antes del proceso gestacional. En particular sobre enfermedad de Chagas comprende el examen serológico que se realiza a la mujer para confirmar o descartar la infección por T cruzi.

Control Prenatal: Es la atención periódica y preventiva que se otorga a la persona gestante. En relación con la enfermedad de Chagas comprende el tamizaje en gestantes para confirmar o descartar la infección por T Cruzi.

Control del Recién Nacido y lactante hijo/a de madre con infección por T cruzi (enfermedad de Chagas): Corresponde a los procedimientos clínicos y l de laboratorio que se otorgan a los recién nacidos y/o lactantes en riesgo de transmisión materno infantil de T cruzi de acuerdo con los exámenes definidos en la norma general técnica del programa nacional de vigilancia integrada de Enfermedad de Chagas

Tratamiento farmacológico de personas con enfermedad de Chagas: Corresponde a inicio de tratamiento farmacológico especifico de acuerdo con el marco regulatorio vigente, incluyendo los eventos asociados a los procesos de seguimiento farmacológico.

Consulta anual de casos crónicos de enfermedad de Chagas: Corresponde a consulta de casos crónicos. En este caso incluye pacientes no candidatos a tratamiento y/o pacientes con tratamiento y seguimiento finalizado, que no requieren control con médico especialista, sino que una evaluación anual.

Estudios de contactos familiares: Corresponde a los estudios diagnósticos serológicos de contactos familiares declarados por el caso índice.

Definiciones operacionales

Se deben registrar los exámenes realizados, informados y su resultado por grupo de paciente de acuerdo con:

Personas Gestantes con examen de Chagas solicitado: Corresponde a personas gestantes 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 con examen solicitado independientemente de su edad gestación o momento de consulta.

Personas Gestantes con examen de Chagas informado: Corresponde a personas gestantes 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) de manera presencial, este resultado puede ser confirmado o descartado según corresponda. El valor final debe estar en concordancia a los exámenes solicitados. Incluye casos cuya muestra fue solicitada en periodos anteriores (meses), se puede contrarrestar con los registros de laboratorio en los casos que se cuente con una red integrada para esta evaluación.

Personas gestantes con examen de Chagas confirmado: Corresponde a personas gestantes en control prenatal en atención primaria, según edad que 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.

Personas gestantes que ingresan a maternidad sin examen de enfermedad de Chagas: Corresponde a la totalidad de las personas gestantes que acuden a la maternidad para atención de parto y/o aborto y se desconoce su situación serológica para Chagas, pues no presenta registro en carnet de salud de la gestante o sin informe de resultado diagnóstico al momento de la consulta.

Personas en Control Preconcepcional: Corresponde a la totalidad de personas según edad que acuden a control preconcepcional (ingreso) a las cuales se solicita el examen serológico para la pesquisa de la infección de T cruzi según norma vigente.

Personas en regulación de la fertilidad: Corresponde a la totalidad de personas según edad que acuden a control de regulación de la fertilidad (ingreso) a las cuales se solicita el examen serológico para la pesquisa de la infección de T cruzi según norma vigente.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección M: 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 horas. 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 presenta regla de consistencia.

Seccion N: 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 presenta regla de consistencia.

REM A19a: ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD

SECCIONES DEL REM-A.19a

Sección A: Consejerías

Sección A.1: Consejerías individuales

Sección A.2: Consejerías individuales por VIH (no incluidas en la sección A.1)

Sección A.3: Consejerías familiares

Sección A.4: Consejerías individuales con entrega de preservativos (incluidas en sección A.1)

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: Actividades de gestión intercultural realizadas por facilitador intercultural

Sección D: Actividades comunitaria de orientación y/o educación para la salud en el marco epidemiológico.

La promoción de la 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.

Sección A. Consejerías

Sección A.1: Consejerías individuales

Definiciones conceptuales

La **consejería en salud** es un proceso que consiste en establecer una relación de ayuda de las personas con el fin de clarificar los comportamientos y conductas en relación con una determinada situación de salud. El propósito de la consejería es fortalecer la autonomía de la persona en la toma de decisiones relacionadas con su salud.

Por tanto, el profesional es un facilitador a través del diálogo reflexivo (en el cual se detectan las herramientas y motivaciones personales y/o familiares) a las personas y/o sus familias en la toma de decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, al de sus familias o a la modificación de conductas que puedan implicar un riesgo o un daño individual o familiar.

Según los 5 niveles de intervención propuestos por Doherty y Baird basados en el grado de involucramiento familiar, propone realizar consejerías desde el segundo nivel de intervención, por lo tanto, se recomienda realizar las consejerías priorizando aquellas personas y/o familias con situaciones de riesgo que pudiesen ser abordables con esta metodología, siempre y cuando dichas personas comprendan en qué consiste esta actividad y consientan libremente de participar en ella.

Podrá realizar una consejería todo trabajador/a de la salud que cuente con habilidades y conocimientos en las áreas específicas a tratar con la persona que consulta y que han sido previamente definidas en conjunto. Para ello debe contar con la capacitación o formación profesional respecto a consejerías en salud y cuente con la motivación de hacer consejerías en salud.

La consejería al considerarse una prestación en sí misma, debe estar registrada en la ficha clínica de la persona previamente citada para esta instancia, se debe realizar en 3 sesiones las cuales se planifican según lo refieren las Orientaciones Técnicas de “Herramientas para el apoyo en la toma de decisiones en salud de las personas”.

Consejería: Relación de ayuda, entrega de información y educación Estaque puede realizarse en una o más sesiones, que se desarrolla en un espacio de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto, considerando 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
- Alimentación Saludable
- Tabaquismo
- Consumo de drogas
- Salud Sexual y Reproductiva con o sin entrega de Preservativos
- Regulación de Fertilidad con o sin entrega de Preservativo.
- Prevención VIH e Infección de Transmisión Sexual (ITS) con o son entrega de Preservativo
- Prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis (embarazadas) con o son entrega de Preservativo
- Ejercicio de Derechos

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.

Consejería Ejercicio de Derechos:

“La consejería en ejercicio de derechos se refiere a un conjunto de servicios y acciones destinados a informar, orientar y apoyar a las personas en la comprensión, conocimientos, defensa y ejercicio de sus derechos en el ámbito de la salud. Esta consejería tiene por objeto garantizar que todas las personas que accedan a los servicios de salud tengan la máxima calidad que podamos entregar, sin discriminación de ningún tipo, con un marco de buen trato, para que puedan ejercer su derecho a la salud de manera plena, oportuna y efectiva”.

Componentes de la consejería Ejercicio de Derechos:

1. **Información y transparencia:** Proveer a las personas de información clara y accesible sobre sus derechos incluyendo el acceso a servicios de salud, en el marco de la Constitución, las leyes nacionales y los Tratados internacionales vigentes. Incluye el cómo acceder a servicios, tratamientos y cuidados necesarios, facilitando el camino a los servicios especializados, garantizando el respeto de los tiempos de espera y la calidad de la atención.
2. **Promoción y sensibilización en Derechos de Salud:** Fomentar una cultura de respeto y promoción a través de campañas de sensibilización, talleres y actividades comunitarias. Educar a la población sobre la importancia de los derechos de salud y los mecanismos para ejercerlos y defenderlos.
3. **Asesoramiento en Acceso al Manual:** Ayudar a las personas a "navegar" en el Manual lo que supone que los antecedentes e información estén disponibles para todos y todas las personas, considerando la inclusión, en el marco de la igualdad y no discriminación.
4. **Grupos vulnerables:** La legislación entrega dispositivos positivistas e considera elementos de inclusión para las personas de especial protección, como para personas mayores, personas con discapacidad, las mujeres, NNA, personas con enfermedades crónicas, refugiadas y migrantes, y comunidades indígenas.
5. **Acompañamiento legal y psicosocial**: Brindar el apoyo jurídico, emocional y psicológico a las personas que enfrentan problemas que nos atañen, reconociendo el impacto que las enfermedades y vulneraciones de los derechos de salud pueden ocasionar. Se debe incluir información de los mecanismos disponibles y útiles para su protección de sus derechos propios de salud o la derivación (cuando corresponda).

Definiciones operacionales

Se registra al cerrar el ciclo de consejerías planificado con la persona por cada área descrita, según el integrante del equipo de salud que la realiza, desglosada por rango etario y por sexo.

También se registra por espacios amigables, TRANS, Pueblos Originarios, Migrantes, Niños, Niñas, Adolescentes y jóvenes del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil deben estar incluidas en los rangos etarios correspondientes.

Las consejerías realizadas para niño(s) o niña(s) menores de 10 años, se debe registrar en la columna para el rango etario 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, HTLV 1, 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 personas TRANS Masculinos o Femeninos, a personas de pueblos originarios, migrantes, Niños, Niñas, Adolescentes y,jóvenes del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil .

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 rango 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 consejerías realizadas a personas TRANS, Pueblos Originarios, Migrantes, Niños, Niñas, Adolescentes y jóvenes de Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil 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).

Espacio Intercultural: Se refiere a espacios de encuentro, socialización o reunión, en donde se desarrollan actividades comunitarias, culturales, educativas, recreativas, entre otras, donde interactúan comunidades indígenas, afrodescendientes, migrantes y/o nacionales, en las que se reconoce la diversidad cultural presente en el territorio.

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.

Factores protectores psicosociales de pueblos originarios: Corresponde a las acciones de carácter colectivo, comunitario y/o familiar que fomentan el buen vivir y bienestar psicosocial, espiritual, ambiental, cultural y lingüístico de personas pertenecientes a pueblos indígenas y que consideran pertinencia cultural y territorial.

Factores protectores psicosociales de personas migrantes: Corresponde a las acciones de carácter colectivo, comunitario y/o familiar que fomentan el bienestar psicosocial, espiritual, ambiental, cultural y

lingüístico de personas en situación de migración. Son acciones orientadas a fomentar la inclusión en la comunidad de acogida y fortalecer las redes sociales próximas y lejanas.

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 presenta regla de consistencia.

Sección C: Actividades de Gestión Intercultural realizadas por Facilitador Intercultural

Definiciones conceptuales

Orientación a personas y/o familias indígenas: corresponde al proceso de mediación entre el equipo de salud de la red pública y la persona o familia perteneciente a pueblos originarios en los diferentes servicios clínicos y administrativos del establecimiento, tanto a nivel de atención abierta (ambulatoria) u cerrada (hospitalización).

Acompañamiento de personas y/o familias: Corresponde al proceso de facilitar la compresión de diagnóstico, tratamiento, recuperación e indicaciones médicas a las personas y/o familias, en el contexto de atención de salud, favoreciendo una atención con pertinencia cultural.

Derivaciones a sistema de sanación indígena: corresponde al proceso de facilitación del acceso a la medicina indígena, a través de la referencia de personas desde los establecimientos de salud a la atención con los sistemas de sanación los pueblos indígenas en el contexto de atención de salud. Esta derivación puede ser realizada a personas pertenecientes a pueblos originarios y/o personas no pertenecientes a pueblos originarios.

Otras actividades realizadas por facilitador: corresponde a actividades relacionadas con el perfil del cargo de facilitador intercultural en virtud de la implementación del modelo de salud intercultural conforme a la normativa vigente (37,38), que realiza con personas y/o equipos de salud, tales como consejerías, asesoría a equipos de salud,tales como consejerías, asesoría a equipos de salud, participación en rondas médicas, y otras actividades para facilitar el cuidado no contenidas en las categorías anteriores.

Actividades de promoción y prevención con enfoque intercultural: Corresponde a la coordinación del facilitador con equipos de salud y la realización de actividades de promoción y prevención con enfoque intercultural y territorial, en todos los niveles y a lo largo del curso de vida.

Definiciones operacionales

Se registra cada actividad efectuada por los facilitadores interculturales, diferenciado por usuarios receptor de esta actividad pertenecientes a pueblos originarios y no originarios, sexo y rango etario.

Regla de consistencia

R.1: El total de actividades realizadas por facilitador intercultural debe ser consistente con la sumatoria del total de Orientación a personas y/o familias indígenas, Acompañamiento de personas y/o familias en box, Derivaciones a medicina indígena (Pueblos originarios), Derivaciones a medicina indígena (Pueblos no originarios) y Otras actividades realizadas por facilitador.

R.2: El detalle de grupos de edad debe ser consistente con la suma de ambos sexos.

Sección D: Actividades comunitarias de orientación y/o educación para la salud en el marco epidemiológico.

Definiciones conceptuales

Corresponde a aquellas actividades que pretenden orientar o entregar contenidos educativos individualmente o grupal, para informar el riesgo epidemiológico y adoptar medidas preventivas o de control necesarias, para limitar la propagación o la aparición de nuevos casos en el contexto donde se genera el riesgo.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar el número de orientaciones/educaciones realizadas en el contexto de lo señalado en las definiciones conceptuales, se debe indicar el lugar o contexto de la educación, como lo son: lugar de trabajo, colegio, sala cuna y jardines infantiles; o grupo comunitario.

Además de indicar si la orientación/educación fue realizada de manera individual o Grupal

Reglas de consistencia

R.1: El número de orientaciones/educaciones realizadas debe sumar todas las orientaciones/educaciones según lugar o contexto.

REM A19b: ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

SECCIONES DEL REM-A.19b

Sección A: Atención oficinas de informaciones (Sistema Integral de Atención a Usuarios)

Sección B: Actividades de participación social

Sección B.1: Actividades según instancias de participación social

Sección B.2: Total de sesiones según líneas de acción y participantes

Sección C: Actividades de Satisfacción usuaria y humanización de la atención

Sección C.1: Actividades de gestión de la satisfacción usuaria y humanización de la atención

Sección C.2: Total de sesiones según líneas de acción y participantes

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.

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(38,39) 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:

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 subclasificación 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:

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 no amable, poco digno o no respetuoso:** Se encuentra relacionado con la ausencia de acogida, lenguaje adecuado e inteligible, cortesía y amabilidad.

- **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 (ejemplo: frente al dolor), disposición e interés del personal a la atención, brindar confianza, cercanía y ayuda. En acogida se debe considerar la identificación del profesional con el usuario.

- **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 español 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 o físicas, 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.

- **Trato discriminatorio**: Se refiere a las conductas o acciones de funcionarios que realizan distinciones, exclusiones, restricciones o anulan los derechos de las personas por factores como: identidad sexo genérica, edad, etnia, lugar de residencia, país de origen, nivel socioeconómico, discapacidad, apariencia física u otra situación.

- **Trato con falta de privacidad:** Se refiere a las condiciones inadecuadas para asegurar la privacidad de la persona atendida tales como baños, box de atención, uso de biombos, atención en pasillos. Así como también, la toma de fotografías o grabaciones sin autorización de la persona atendida, que pueden vulnerar la vida privada y la honra, o la intimidad durante la atención.

- **Trato con falta de confidencialidad:** Se refiere a la desprotección de la información proporcionada y/o relacionada con la persona atendida, la que deberá estar resguardada y solo utilizada por el equipo de salud responsable de su atención directa y con fines de diagnóstico, atención y tratamiento.

- **Trato sin pertinencia cultural en la atención:** se refiere a las condiciones inadecuadas para asegurar la pertinencia cultural durante el proceso de atención, así como la falta de respeto por la comprensión de la salud, diagnósticos y tratamientos desde una perspectiva intercultural.

- **Trato sin condiciones para el acompañamiento**: Corresponde a un ámbito del trato y hace referencia a las condiciones inadecuadas para asegurar el acompañamiento durante el proceso de atención según normativa vigente. También incluye condiciones que no permitan el cumplimiento del derecho a visita.

Se excluye de este ámbito condiciones de infraestructura, las cuales deberán reportarse en condiciones de infraestructura para el acompañamiento.

Competencia técnica diagnóstico: Se refiere a los reclamos de las personas atendidas en relación con la competencia técnica de quien o quienes realizaron la atención durante el proceso de diagnóstico. Incluye reclamos relacionados con exámenes diagnósticos.

Competencia técnica tratamiento farmacológico/ clínico/ cirugía: Se refiere a los reclamos de las personas atendidas en relación con la competencia técnica de quien o quienes realizaron la atención durante el proceso de tratamiento farmacológico, clínico o cirugía.

Eventos adversos: Situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad(40).

Infraestructura baños públicos: Se consideran en esta subcategoría todos aquellos reclamos que realicen los/as usuarios/as referentes a la mantención, aseo y ornato, funcionamiento, calefacción, ventilación, insumos (jabón, papel higiénico, gel desinfectante u otro).

Infraestructura condiciones salas de espera, box de atención o sala de hospitalización: Se consideran en esta subcategoría todos aquellos reclamos que realicen los/as usuarios/as referentes a la ventilación, calefacción, salida de emergencia, condición de sala de espera, condiciones de equipos, aseo y ornato, condiciones higiénicas y estéticas de patios y jardines.

También incluyen Problemas de agua caliente, calefacción, cañerías en mal estado, falta de seguridad en los **baños y duchas de hospitalizados**, veredas y escalas en mal estado.

Infraestructura accesibilidad universal: Se consideran en esta subcategoría todos aquellos reclamos que realicen los/as usuarios/as referentes a escaleras, rampas, puertas, estacionamiento, sillas de ruedas disponibles, entre otros.

Infraestructura comodidad y seguridad de camas, cunas y camillas de traslado: Se consideran en esta subcategoría todos aquellos reclamos que realicen los/as usuarios/as referentes a condiciones adecuadas para la atención, hospitalización, traslado de personas, considerando a necesidades especiales (recién nacidos, niños/as, adultos mayores, personas en situación de discapacidad, otros) que eviten eventos adversos.

Condiciones de infraestructura para el acompañamiento: Se consideran en esta subcategoría todos aquellos reclamos que realicen los/as usuarios/as referentes a disponibilidad de espacio y mobiliario para la espera y/o acompañamiento de personas hospitalizadas.

Tiempo de espera (en sala de espera): Se consideran en este ítem los reclamos relacionados 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, otros.

Tiempo de espera, por consulta especialidad (por lista de espera): Se consideran en este ítem los reclamos relacionados con tiempos de espera para una consulta por especialista, es decir, aquellos relacionados con lista de espera de consulta médica

Tiempo de espera por procedimiento (lista de espera): Se consideran en este ítem los reclamos relacionados con tiempos de espera para procedimiento, es decir, aquellos relacionados con lista de espera de exámenes y/o procedimientos.

Tiempo de espera por cirugía (lista de espera): Se consideran en este ítem los reclamos relacionados con tiempos de espera para una intervención quirúrgica ya sea por evaluación y exámenes preoperatorios y/o intervención quirúrgica.

Información del estado de salud: Se consideran aquellos reclamos relacionados 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 en lo relativo a 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 y trámites institucionales: Se refiere a los reclamos relacionados con la transmisión y acciones comunicacionales para la entrega de información acerca de prestaciones, cartera de servicios, precios, costos, plazos y formas de pago, funcionamiento de la institución, trámites importantes a realizar, entre otros.

Información sobre consentimiento informado: Se refiere a los reclamos relacionados con la entrega de información oportuna, 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. En relación con la actividad docente-asistencial del establecimiento, dentro de la supervisión de la atención de alumnos, las personas podrán autorizar ser atendidas por alumnos en establecimientos docente – asistenciales y se debe considerar que la atención de alumnos deberá ser supervisada por un docente.

Información sobre acceso a ficha clínica: Se refiere a los reclamos relacionados con la entrega de información a personas atendidas o a familiares directos que cuenten con autorización para requerir datos de la ficha clínica de acuerdo con la normativa vigente y lo establecido por la ley de derechos y deberes.

Información sobre acceso a médico tratante: Se relaciona con reclamos de las personas atendidas respecto al acceso a médico tratante.

Información de egreso o traslado: Se refiere a los reclamos relacionados con la materia egreso y/o traslado.

Procedimientos administrativos en el proceso de admisión y recaudación: Se refiere a los reclamos de las personas, relacionados con errores, lentitud, información poco clara e insuficiente en la realización de proceso de admisión y recaudación.

Procedimientos administrativos al egreso: Se refiere a los reclamos de las personas, relacionados con errores, lentitud, información poco clara e insuficiente en la realización de proceso administrativo al egreso. Se incluyen reclamos relacionados con Información sobre los gastos y cuentas de los pacientes hospitalizados, devoluciones de dinero por no atención**.**

Procedimientos administrativos de referencia y/o derivación: Se refiere a los reclamos de las personas, relacionados con errores, lentitud, información poco clara e insuficiente en la realización de proceso administrativo de referencia o derivación.

Procedimientos administrativos de ficha extraviada o perdida: Se refiere a los reclamos de las personas, relacionados con errores, lentitud, información poco clara e insuficiente en la realización de procedimientos administrativos de Ficha extraviada o perdida.

Procedimientos administrativos en agendamiento y reagendamiento de atención: Se refiere a los reclamos de las personas, relacionados con errores, lentitud, información poco clara e insuficiente en la realización de proceso de agendamiento y reagendamiento de atención.

Procedimientos administrativos en suspensión de atención: Se refiere a los reclamos de las personas, relacionados con errores, lentitud, información poco clara e insuficiente en la realización de procedimientos administrativos en suspensión de atención.

Procedimientos administrativos en suspensión de cirugía programada: Se refiere a los reclamos de las personas, relacionados con errores, lentitud, información poco clara e insuficiente en la realización de procedimientos administrativos en suspensión de atención.

Procedimientos administrativos con acceso a medicamentos: Se refiere a los reclamos de las personas, relacionados con errores, lentitud, información poco clara e insuficiente en la realización de procedimientos administrativos en acceso a medicamentos.

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 indebidos, otro.

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(41), 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

Vulneración de derechos sexuales y reproductivos: Se debe considerar que las actuales conceptualizaciones de salud sexual y salud reproductiva incorporan un marco ético de derechos humanos en el cuidado multidisciplinario, en este contexto, son ejemplos vulneración de derechos sexuales y reproductivos: no acceso Ley de interrupción del embarazo en tres causales (IVE), no acceso a regulación de la fertilidad, esterilización quirúrgica sin consentimiento, entre otros.

Reclamos asociados a violencia gineco obstétrica: Se refiere a los reclamos relacionados con procesos de la atención de salud reproductiva en la que las mujeres o personas con capacidad de gestar reciben trato deshumanizado, no entrega de información, no solicitud de consentimiento para realizar procedimientos, entre otras.

Incumplimiento Ley Mila N° 21.372: Se refiere a los reclamos relacionados con el incumplimiento de condiciones mínimas y medidas especiales al para el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes en acciones vinculadas a la atención de salud y a mujeres o personas gestantes durante el trabajo de parto, parto y puerperio según lo establecido en la ley N°21.372 formalizada el 2022 mediante Resolución Exenta N°39 y Norma Técnica(42). Cabe recordar que la fiscalización corresponde a la Intendencia de Prestadores de Salud de la Superintendencia de Salud.

Incumplimiento Ley Dominga N° 21.371(43)**:** Se refiere a los reclamos relacionados con el incumplimiento de la ley en que se establece un estándar especial en relación con el manejo clínico y acompañamiento a madres y padres que hayan sufrido una muerte gestacional o perinatal de un hijo o hija.

Incumplimiento de Garantías Ley Ricarte Soto: La Ley N° 20.850(44), 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

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

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)

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.

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.

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.

Solicitudes Ley 20.285 (Ley de Transparencia)(45)**:** 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, además registrar en columnas de atributos si corresponde identificación de género, pueblos originarios, migrantes, PRAIS.

Se debe registrar el número de “respuestas del mes entregadas dentro de los plazos legales (15 días hábiles)” según tipo 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), según el tipo de reclamo 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 presenta regla de consistencia.

Sección B: Actividades de Participación Social

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. Además, es 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).

Estos principios están refrendados por la reforma sanitaria a través de la aplicación de cuerpos legales y normativas vigentes como la Ley 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud (AUGE)(41) y la Ley 20.584 Regula los Derechos y Deberes(38) que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención 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(46): "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.

Sección B.1: Actividades según instancias de participación social

Definiciones conceptuales

Instancias de participación social:

Consejos de la Sociedad Civil (COSOC): Se han generado en el marco de la implementación de la Ley N°20.500 que establece de forma expresa, el derecho a la participación ciudadana y que exige de los Ministerios y Servicios Públicos, la creación de instancias formales de participación de carácter consultivo.

Instancias de participación de Adolescentes y Jóvenes: Los **consejos consultivos de adolescentes y jóvenes se forman según** Resolución exenta N°65-2010 del Ministerio de Salud(47) y, corresponden 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.

Consejos Consultivos de Usuarios (CCU): Creados en la Ley N°19.937 de Autoridad Sanitaria(48), son instancias asesoras de la dirección de los establecimientos en aspectos vinculados con la gestión hospitalaria y que buscan desarrollar funciones informativa, consultiva, evaluativa, propositiva.

Consejo de Desarrollo Local (CDL): Durante la implementación del Programa de Modernización del Estado (1994), se instalan como mecanismos de control social sobre la gestión pública y participación de la población usuaria en el desarrollo institucional, los Consejos de Desarrollo Hospitalario, que luego, van tomando la denominación de Consejos de Desarrollo Local (CDL) en hospitales de menor complejidad y establecimientos de Atención Primaria (MINSAL, 2006. p 17).

Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA): La Ley N°19.937 de Autoridad Sanitaria crea el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA) (48)como espacio para la gobernanza sanitaria local para RISS con base en APS. Es un espacio para el abordaje de los problemas sanitarios desde lo local, instancia colaborativa entre la dirección del Servicio de Salud y actores locales de las redes. Busca el involucramiento activo de actores de la sociedad civil con el fin de abordar los DSS evidenciados en el territorio. Tiene su foco en la articulación local-nacional, en el "equilibrio de poder", la Participación Social e intersectorialidad, y, en la pertinencia territorial.

Comités o Mesas de Trabajo: 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.

Cabildos Ciudadanos, Territoriales y Sectoriales: Los directivos de los distintos órganos del Sistema, podrán realizar encuentros con las comunidades locales para recoger la opinión de la población, especialmente en relación con las necesidades locales y formas de actuación y respuesta del sector respecto a dichas demandas. Los cabildos son espacios eminentemente deliberativos que debieran conducir a recoger propuestas de la sociedad civil sobre temas de interés común. Una vez finalizado un cabildo es necesario realizar síntesis de acuerdos y devolución a quienes participaron con el fin de dar continuidad a los procesos de deliberación y propuestas. También los directivos del sector podrán participar activamente de cabildos convocados por la propia sociedad civil en los distintos territorios.

Consejo Interreligioso: Instancias de participación de representantes de distintos cultos amparados por la ley de culto y la ley de derechos y deberes en salud. Son responsables de la aplicación de las leyes y normativas vigentes sobre derechos de las personas a ser asistidas por representantes acreditados de las distintas iglesias.

Uso de TICs y/o Redes Sociales: Los órganos del Sistema integrarán activamente a la comunidad implementando estrategias que contribuyan al logro de los objetivos sanitarios y resultados en salud, gestionándolas intersectorialmente en el territorio, favoreciendo la sistematización de estas experiencias y la creación de bancos de experiencias que permitan la gestión del conocimiento y la transferencia de competencias a los distintos niveles del sistema.

Pueblos Originarios: 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 (3). El Estado reconoce como principales pueblos o etnias indígenas de Chile a los Mapuche, Aymara, Rapa Nui, Lickanantay, Quechua, Colla, Diaguita, Kawésqar, Yagán, Chango, Selk'nam.

Migrantes: Se considera como “migrante”, toda persona que registra nacimiento fuera Chile y nacionalidad diferente a la chilena. Todas las niñas y niños nacidos en Chile tienen nacionalidad chilena.

Identidad de género: La identidad de género es independiente del sexo biológico y su determinante es “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente”. Esta definición se estableció en los principios de YogyaKarta, que norman la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género desde el año 2007.

La Ley 21.120(20) entiende la identidad de género como la convicción personal e interna de ser hombre o mujer, tal como la persona se percibe a sí misma. Eso puede o no corresponder con el sexo y nombre de pila que consta en la inscripción de nacimiento.

El derecho a la identidad de género consiste en la facultad de toda persona cuya identidad de género no coincida con su sexo biológico o asignado al nacer y nombre de pila registral, solicitar la rectificación de estos.

Tal como lo explica el documento de Orientación Sexual e Identidad de Género en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, existen variantes de la identidad de género; persona “trans” es un término utilizado en el mundo occidental para describir a las personas cuya identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacer.

Tipo de Actividades:

Administración y/o gestión: Son todas aquellas actividades como registro de información, preparación de reuniones y actividades, revisión bibliográfica, reuniones de equipo, espacios de reflexión, coordinaciones telefónicas, revisión y respuesta de correos electrónicos, lectura de documentos, estudio de temas, entre otros.

Entrevista: Corresponde a una interacción donde se comparte información entre uno o más representantes del equipo de salud y representantes de la comunidad o de alguna institución con un objetivo previamente establecido (no incluye la atención directa a usuarios).

Reuniones con el intrasector: Se refiere a la instancia de intercambio de información, ideas y opiniones para el diseño, planificación, monitoreo y evaluación de diversas acciones y tareas conjuntas de los diversos actores del sector salud.

Reuniones con el intersector: 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.

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 con lo planificado.

Jornadas de intercambio de experiencias: constituyen espacios de conversación en los cuales se comparten prácticas y experiencias desarrolladas por equipos de salud o comunidades organizadas que permiten identificar aprendizajes y modelos replicables en contextos similares. Contribuyen a generar nuevos conocimientos y es fundamentalmente un espacio formativo que apoya el desarrollo de capacidades para la gestión participativa tanto de equipos de salud como de líderes sociales y representantes de la sociedad civil.

Actividades de difusión y comunicación: Es el conjunto de acciones que tienen como objetivo entregar información general o contenidos educativos específicos en forma masiva a través de distintos medios de comunicación escrita o audiovisual. Ej.: perifoneo, volanteo, plazas ciudadanas, otros.

Educación y capacitación comunitaria: Es una técnica formativa de carácter grupal y comunitario que tiene como objetivo el desarrollo de habilidades o destrezas que contribuyan a la promoción, prevención, recuperación de su salud, como también al desarrollo de capacidades para la participación en el diagnóstico, ejecución y evaluación de acciones e iniciativas de salud, protección de derechos y ejercicio de ciudadanía activa, mediante seminarios, talleres, capacitación.

Eventos masivos: Son aquellas actividades de carácter masivo con asistencia de usuarios representantes de las comunidades locales, representantes de instituciones del sector salud e intersector que tienen como fin, sensibilizar, difundir, comunicar, consultar, intercambiar información, realizar actividades de creación cultural, deportivas u otras que contribuyan al bienestar y calidad de vida, al autocuidado de las personas, familias y comunidades locales, a mejorar la atención y funcionamiento de las redes asistenciales de salud. Estos eventos masivos pueden utilizar la metodología de asambleas, cabildos, plazas ciudadanas, actividades culturales, ferias, caminatas, entre otras.

Pasantías; Son experiencias de transmisión de conocimiento donde un equipo busca conocer una experiencia exitosa en participación social y/o gestión de la satisfacción usuaria, a través de una visita al equipo que lleva a cabo dicha experiencia, buscando conocer de primera fuente, en el territorio donde se desarrollan las acciones, sus características, condiciones y procesos que han permitido un resultado o impacto positivo de dicha experiencia. En estas pasantías se privilegia el compartir conocimiento a través del trabajo de campo, conociendo a los equipos y comunidades involucrados, generándose instancias donde se comparte conocimiento teórico-práctico, las metodologías y técnicas empleadas, los modelos de trabajo y el saber y aprendizajes de las comunidades y personas involucradas en la experiencia a partir del relato de quienes han sido parte de estas.

Comunidades de aprendizaje: Son espacios de intercambio de conocimiento en salud pública, que puede basarse en diversas fuentes de información tanto científicas como experienciales y de reflexión. Tienen como fin, generar nuevo conocimiento, innovaciones y potenciar las competencias de los equipos de salud. Las comunidades de aprendizaje son concebidas como instancias donde los equipos pueden conformar grupos de trabajo en los que comparten conocimientos, espacios de reflexión y desarrollen propuestas y líneas de innovación que aporten al avance en distintos temas de participación social y gestión de la satisfacción usuaria en salud pública. El objetivo es generar comunidades estables donde en un mediano plazo, los equipos se puedan vincular de acuerdo con sus intereses, fortalezas, potencialidades y desafíos de manera que puedan obtenerse productos útiles a nivel nacional.

Mentorías: Son instancias de transmisión de conocimiento, donde un equipo más experimentado o con mayor desarrollo en un área en particular, puede acompañar a otros que requieran y soliciten apoyo para aprender y mejorar sus procesos. La mentoría es una colaboración, donde un equipo más experimentado acompaña a otro que lo requiera y, a la vez, este proceso le permite sistematizar sus propias experiencias para poder transmitir sus conocimientos de manera efectiva y, a la vez, también aprender de quienes acompaña.

Definiciones operacionales

Debe ser registrada por los convocantes en calidad de organizadores.

Se deben registrar las actividades correspondientes a la preparación, convocatoria, diseño metodológico, desarrollo y evaluación de acuerdo con lo definido como instancias y mecanismos según corresponda. Además, se debe registrar el uso de TICs y la caracterización de las y los participantes respecto de sexo, identidad de género, pueblos originarios, migrantes y PRAIS.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección B.2: Total de sesiones según líneas de acción y participantes

Definiciones conceptuales

Líneas de acción:

Cuentas públicas participativas: Son mecanismos que vinculan a las autoridades de los órganos de la administración del estado con la ciudadanía. Según 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.

Presupuestos participativos: Son 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 y 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.

Consultas y/o diálogos ciudadanos: Los órganos del sistema podrán desarrollar consultas ciudadanas en relación con 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. 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.

Participación en proyectos de inversión: Los órganos del Sistema, cuando corresponda, en el caso de los proyectos de inversión en infraestructura, deberán asegurar la participación de la ciudadanía en todas las etapas del ciclo de inversiones, desde la pre-inversión, diseño, ejecución, seguimiento de obras y puesta en marcha de los establecimientos de salud. Deberán definirse las metodologías más adecuadas para cada caso en particular.

Apoyo al voluntariado: Los órganos del Sistema apoyarán el desarrollo del voluntariado en Salud, disponiendo de espacios para su funcionamiento y mecanismos de articulación con el sistema, para la implementación de diferentes acciones en salud tanto en la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades, y promoción de la salud.

Diagnóstico participativo: El diagnóstico participativo es fundamentalmente un espacio de reflexión y análisis de la situación de salud y calidad de vida de las comunidades locales realizado por la propia comunidad facilitado por el equipo de salud. Utiliza como apoyo, distintas herramientas que permites levantar información de manera participativa acerca de la realidad territorial, factores protectores y de riesgo de la salud, temas prioritarios, actores relevantes para un trabajo colaborativo y facilitadores para el logro de mejores resultados en salud y desarrollo de la participación. Dentro de las técnicas más utilizadas están los recorridos barriales o territoriales, mapas territoriales o cartografía social, árbol de problemas, FODA, matrices de priorización de problemas, entre otras.

Planificación participativa: 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).

Ejecución participativa: La ejecución participativa supone poner en práctica las actividades definidas de acuerdo con cronograma establecido en los procesos de planificación participativa en relación con los recursos disponibles. Supone una permanente revisión de los avances en el desarrollo de lo planificado de manera de realizar ajustes de ser necesarios. Requiere de la conformación y mantención de equipo de trabajo conformado por integrantes del equipo de salud y representantes de la comunidad de manera de desarrollar un trabajo conjunto.

Monitoreo y/o Evaluación participativa: Al igual que el diagnóstico participativo, la evaluación participativa es fundamentalmente un espacio de reflexión y análisis de la situación de salud y calidad de vida de las comunidades locales realizado por la propia comunidad facilitado por el equipo de salud una vez finalizado el proyecto, plan o iniciativa diseñada de manera participativa. Utiliza como apoyo, distintas herramientas que permiten levantar información de manera participativa acerca de cambios en la realidad territorial, modificación de factores protectores y de riesgo de la salud, logros en relación con temas prioritarios, trabajo colaborativo y alianzas con actores relevantes para un trabajo colaborativo, manejo y control de obstaculizadores y fortalecimiento de facilitadores para el logro de mejores resultados en salud y desarrollo de la participación. Dentro de las técnicas más utilizadas están los recorridos barriales o territoriales, mapas territoriales o cartografía social, FODA, entre otras. Es importante realizar procesos de monitoreo y evaluación permanente en conjunto con la comunidad de manera de velar por el correcto uso de recursos y el cumplimiento de lo comprometido en el plan y cronograma de actividades.

Sistematización participativa: Una forma de gestionar y generar conocimiento en participación social y gestión de la satisfacción usuaria refiere a la sistematización de experiencias con fines de intercambio y posible replicabilidad en diferentes contextos de salud.

La sistematización de experiencias surge de una propuesta pedagógica basada en la valoración de la experiencia y saberes de los “educandos” con fines de análisis crítico y transformación de la realidad. En el campo del trabajo comunitario y la participación social, el concepto de sistematización se utiliza en un sentido más amplio que lo referido a datos o informaciones que se recogen y ordenan. Se considera una herramienta y un proceso que permite, obtener aprendizajes críticos de nuestras experiencias. Por eso, se habla de “sistematización de experiencias”.

Las experiencias participativas son esencialmente procesos sociales, por lo tanto, son procesos complejos en los que intervienen distintos factores tanto objetivos como subjetivos en interrelación (Jara, s/f). Entre ellos podemos destacar siguiendo a Jara (2017)(49): condiciones de contexto o del momento histórico en que se desenvuelven; condiciones que las pueden facilitar; acciones deliberadas para el logro de los objetivos, o como respuesta a situaciones que las desencadenan; reacciones que se generan a partir de dichas acciones; resultados esperados o emergentes; percepciones, interpretaciones, intuiciones, emociones de las personas que intervienen, así como sus relaciones.

La sistematización de experiencias es un proceso de análisis sobre la reconstrucción histórica de un proceso de intervención, plan, programa, proyecto o iniciativa orientada al logro de mejores resultados en salud y desarrollo de la participación. Se pueden desarrollar acciones que estén orientadas a la evaluación y análisis crítico de las experiencias participativas con fines de obtener aprendizajes sobre las metodologías utilizadas, condiciones que facilitaron u obstaculizaron dichas experiencias, formas de participación, rol de los actores participantes, relación entre actores sociales, técnicos y autoridades locales, negociaciones y alianzas, conflictos, liderazgos, principales resultados esperados y no esperados, proyecciones e impacto en los procesos participativos a nivel individual y colectivo entre otras preguntas y reflexiones a partir de lo realizado. Es indispensable que en la sistematización participen quienes fueron parte de la experiencia, dado que este es un proceso eminentemente participativo.

Para la realización de la sistematización de experiencias, se recomienda realizar talleres que faciliten el diálogo horizontal y participativo a partir de preguntas claves que detonan la discusión. Se recomienda partir por la construcción de una línea de tiempo o reconstrucción histórica de la experiencia que permita identificar hitos relevantes, así como el análisis crítico de las distintas fases del proceso.

El resultado de la sistematización puede contribuir a identificar factores y condiciones que permitan su continuidad, replicabilidad en otros contextos sociales, temporales, culturales, a la vez que contribuye a mejorar las condiciones para su desarrollo.

Requiere de la generación de espacios de reflexión como discusiones grupales, talleres, jornadas de reflexión, entre otras.

Capacitación y/o formación de dirigentes, comunidad y representantes de la sociedad civil: El fortalecimiento de la participación social y participación ciudadana, requiere desarrollar distintas formas de capacitación y/o formación de dirigentes, comunidades y representantes de la sociedad civil a través de cursos, diplomados, talleres, jornadas, seminarios, así como también, el desarrollo de la gestión participativa del conocimiento. Dentro de las formas innovativas que complementan la capacitación como la conformación de grupos de trabajo en temáticas específicas, conformación y desarrollo de comunidades de aprendizaje, intercambio de experiencias, participación en procesos de sistematización de experiencias, acceso a bibliotecas virtuales, pasantías e intercambios entre integrantes de organizaciones de la sociedad civil y comunidades locales.

Actividades con pueblos originarios: 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 11 pueblos indígenas reconocidos por la Ley Indígena N.º 19.253(3): Aymará, Quechua, Atacameño, Diaguita, Colla, Rapanui o Pascuense, Mapuche, Kawashkar o Alacalufe, y Yámana o Yagan.

Definiciones operacionales

Se debe registrar el número de sesiones según línea de acción, incluyendo participantes por sexo, identidad de género, pueblos originarios, migrantes y PRAIS.

También debe registrar a que instancia de participación social representan.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección C: Actividades de satisfacción usuaria y humanización de la atención

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(38), 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.

Sección C.1: Actividades de gestión de la satisfacción usuaria y humanización de la atención

Definiciones conceptuales

Comités de Gestión Usuaria: La gestión de la satisfacción usuaria en salud contribuye al desarrollo de los procesos organizacionales de mejora continua, destinados a impactar positivamente en la percepción, valoración y experiencia de las personas en su contacto y relación con el sistema de salud, ya sean usuarias/os, familiares, acompañantes u otros. Considerando lo anterior, la gestión de la satisfacción usuaria en salud constituye una responsabilidad institucional, liderada por la autoridad máxima de la organización de salud, quien debe situarla como un elemento estratégico de la gestión, pudiendo delegar en algún equipo los aspectos operativos de ésta. La gestión de la satisfacción usuaria está relacionada estrechamente con la participación social en salud, pues para mejorar los procesos de atención, administrativos y todos aquellos relacionados con el trato, la entrega de información y orientación se requiere que, las instituciones de salud cuenten con instancias de participación donde las personas puedan incidir en los planes, políticas, programas y acciones destinadas a mejorar la satisfacción y experiencia de las personas. Dentro de estas instancias, podrían señalarse los propios comités de gestión usuaria, los

CIRA, los Consejos de Usuarios, los Consejos de la Sociedad Civil (COSOC), los Consejos de Desarrollo Local, talleres o jornadas de análisis de reclamos y elaboración de propuestas de mejora de la calidad de los servicios, jornadas de elaboración de planes estratégicos de las instituciones, estrategias comunicacionales que acompañen los procesos de información, educación comunitaria, participación y ejercicio del control social sobre la gestión, entre otras.

Las actividades de los equipos de salud se refieren a la convocatoria a integrantes del equipo de salud y representantes de la población usuaria, organizaciones sociales, coordinación de la conformación del comité de gestión usuaria, apoyo a la elaboración de un plan y cronograma de trabajo, asesorar en su funcionamiento, recopilar información sobre resultados de medición de la satisfacción usuaria y análisis de reclamos, apoyar en la formulación y diseño participativo de planes de mejora así como su difusión.

Planes de Mejora: A partir de la medición de la satisfacción usuaria y análisis de los reclamos, se espera se desarrollen planes de mejora elaborados participativamente con foco en la humanización de la atención y satisfacción usuaria. Estos planes, diseñados, ejecutados y evaluados participativamente en distintos niveles de la red contribuyen a mejorar la atención y la gestión y funcionamiento de los establecimientos de la red asistencial. Así también, se espera que, a partir de la evaluación de resultados, se pueda dar continuidad a procesos de mejora tanto en el ámbito de la gestión como en la aplicación de modelos de atención centrados en las personas.

Cada una de estas acciones pueden estar contenidas en el Plan Trienal y su Planificación anual y ser reportables en cada uno de los cortes de seguimiento y monitoreo del COMGES N°18, y se constituyen por tanto en alternativas disponibles a implementar en una variedad de instancias participativas posibles.

Las actividades de los equipos de salud se refieren a la convocatoria a integrantes del equipo de salud y representantes de la población usuaria, organizaciones sociales integrantes del comité de gestión usuaria, a participar de la elaboración de un plan de mejora, cronograma de actividades, en base a la información sobre resultados de medición de la satisfacción usuaria y análisis de reclamos, así como también, apoyar en la difusión de resultados.

Medición de Satisfacción Usuaria: Permite diagnosticar las situaciones que afectan negativamente la valoración que los usuarios tienen del sistema de salud y, a partir de esa información, elaborar planes y estrategias que permitan optimizar el funcionamiento organizacional, realizar adecuaciones y ajustes a los modelos de atención y de gestión. La medición de la satisfacción usuaria se puede realizar utilizando distintas metodologías tanto cuantitativas como aplicación de encuestas, cuestionarios, otros, como de carácter cualitativo como consultas, diálogos, talleres, grupos focales, entrevistas individuales y grupales, entre otras.

Las actividades desarrolladas por los equipos de salud consideran desde el diseño de la metodología, diseño muestral, elaboración de instrumentos, aplicación de instrumentos, análisis de resultados redacción de informes, difusión de resultados, definición de objetivos de intervención con fines de mejora y colaboración con la elaboración de planes de mejora.

Acompañamiento Espiritual: Una de las líneas de trabajo de larga data en el ámbito de la humanización de la atención, ha sido la creación de las Unidades de Acompañamiento Espiritual mediante resolución exenta en los establecimientos hospitalarios, respondiendo a lo establecido por la Ley de Culto y a los requerimientos establecidos por la Ley 20.584 de Derechos de las Personas en su atención de salud(38). En este contexto, es necesario ampliar su ámbito de acción hacia la implementación de modelos interculturales que se adecúen a las necesidades de la población usuaria en cada territorio. El acompañamiento espiritual es realizado en caso de ser solicitado por el /la paciente y está a cargo de personas significativa para el/la solicitante.

Dentro de los procedimientos relativos al acompañamiento espiritual, es importante: supervisar el proceso da acompañamiento espiritual del voluntariado, realizar el registro de actividades relacionadas cuando lo soliciten, gestionar el cuidado integral del paciente, considerando la necesidad espiritual como un ámbito importante a abordar, cautelar que las personas otorguen el permiso correspondiente a la visita de compañía y asistencia espiritual, facilitar las mayores condiciones de privacidad disponibles para permitir el acompañamiento espiritual y/o asistencia religiosa de pacientes hospitalizados.

Dentro de las iniciativas posibles de realizar desde estas unidades, pueden señalarse; jornadas de análisis y reflexión sobre incorporación de la dimensión espiritual en la atención humanizada y trato al usuario, dirigidas al personal sanitario y/o voluntariado con presencia en el establecimiento, capacitación a los diferentes voluntariados vinculados a instituciones religiosas, culturales y/o de población migrantes presentes en el Hospital, entre otras.

Asistencia Religiosa: La asistencia religiosa está amparada por la ley de culto y permite que representantes de los diferentes cultos puedan asistir a personas hospitalizadas estando debidamente acreditados. Las Unidades de Acompañamiento Espiritual debieran contar con reglamento de funcionamiento protocolo de atención, el que debiera contemplar la creación y funcionamiento de un Consejo Asesor Interreligioso e Intercultural mediante resolución exenta.

Las Unidades de Acompañamiento Espiritual debieran contar entre sus integrantes, a personas representativas de 2 o más credos religiosos, personas representativas de pueblos originarios y/o población migrante.

La dirección del establecimiento debe velar por el cumplimiento del derecho que tienen las personas que acceden a prestaciones de salud, de contar con asistencia religiosa y acompañamiento espiritual si lo solicitan. Por su parte, quienes realizan acompañamiento espiritual, deben contar con credencial institucional, para lo cual, deben cumplir con los requisitos establecidos para ello. De esta manera, podrán integrarse a la Unidad de Acompañamiento Espiritual del establecimiento.

Dentro de los procedimientos relativos a la asistencia religiosa, es importante: supervisar el proceso de asistencia religiosa según lo establecido por la ley, realizar el registro de actividades relacionadas cuando lo soliciten, gestionar el cuidado integral del paciente, considerando la necesidad de asistencia religiosa como un ámbito importante a abordar, cautelar que las personas otorguen el permiso correspondiente a

la visita de compañía y asistencia religiosa, facilitar las mayores condiciones de privacidad disponibles para permitir la asistencia religiosa de pacientes hospitalizados.

Dentro de las iniciativas posibles de realizar desde estas unidades, pueden señalarse; jornadas de análisis y reflexión sobre incorporación de la dimensión espiritual en la atención humanizada y trato al usuario, dirigidas al personal sanitario y/o voluntariado con presencia en el establecimiento, capacitación a los diferentes voluntariados vinculados a instituciones religiosas, culturales y/o de población migrantes presentes en el Hospital, entre otras.

Asistencia Espiritual Indígena: La asistencia espiritual indígena está amparada por la Ley N°20.584 de Derechos de las personas en su atención de salud. En el caso de los pueblos originarios, la asistencia espiritual y religiosa es realizada por personas significativas para los y las pacientes que pertenecen a uno de los pueblos originarios reconocidos. En este caso, no se requiere de acreditación como en el caso de la ley de culto.

Dentro de los procedimientos relativos a la asistencia espiritual indígena, es importante: supervisar el proceso de asistencia religiosa según lo establecido por la ley y su reglamento, realizar el registro de actividades relacionadas cuando lo soliciten, gestionar el cuidado integral del paciente, considerando la necesidad de asistencia espiritual y religiosa como un ámbito importante a abordar respetando la decisión de las personas, cautelar que las personas otorguen el permiso correspondiente a la visita de compañía y asistencia espiritual y religiosa, facilitar las mayores condiciones de privacidad disponibles para permitir la asistencia espiritual y religiosa en el caso de pacientes hospitalizados.

Dentro de las iniciativas posibles de realizar desde estas unidades, pueden señalarse; jornadas de análisis y reflexión sobre incorporación de la dimensión espiritual en la atención humanizada y trato desde la perspectiva intercultural, dirigidas al personal sanitario y/o voluntariado con presencia en el establecimiento.

Definiciones operacionales

Debe ser registrada por los convocantes en calidad de organizadores.

Se deben registrar las actividades de acuerdo con la instancia de gestión de satisfacción usuaria que realiza la actividad. Además, se debe registrar el uso de TICs y la caracterización de las y los participantes respecto de sexo, identidad de género, pueblos originarios, migrantes y PRAIS.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección C.2: Total de sesiones según líneas de acción y participantes

Definiciones conceptuales

Las líneas de acción se encuentran definidas previamente en Sección B.2.

Definiciones operacionales

Se debe registrar el número de sesiones según línea de acción, incluyendo participantes por sexo, identidad de género, pueblos originarios, migrantes y PRAIS.

También debe registrar a que instancia representan.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

REM A21: QUIRÓFANOS Y OTROS RECURSOS HOSPITALARIOS

SECCIONES DEL REM-A.21

Sección A: Capacidad instalada y utilización de los quirófanos cirugía mayor

Sección B: Procedimientos complejos ambulatorios.

Sección C: Hospitalización domiciliaria y atención ventilatoria en Domicilio

Sección C.1:

Sección C.1.1: Personas atendidas en el programa.

Sección C.1.2: Visitas realizadas.

Sección C1.3: Cupos disponibles en Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Sección C.2:

Sección C.2.1: Asistencia ventilatoria y oxígeno en domicilio,

Sección C.2.2: Ingresos y egresos al Programa atención ventilatoria en Domicilio.

Sección C.2.3: Ingreso a programa asistencia ventilatoria y oxígeno en domicilio según diagnóstico.

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 mayor electivas.

Sección G: Esterilizaciones Quirúrgicas.

Sección H: Capacidad instalada de quirófanos de cirugía menor.

Sección I: Gestión de procesos de pacientes quirúrgicos con cirugía menor.

Sección J: Procedimientos oncológicos.

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(50,51).

Sección A: Capacidad instalada y utilización de los quirófanos Cirugía Mayor

Definiciones conceptuales

1. **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, Urgencia, Obstétricos e Indiferenciados.

Quirófanos para Cirugía Electiva: Corresponde a los quirófanos disponibles para la resolución de pacientes electivos y que deben estar disponibles a lo menos 8 horas.

Quirófanos de urgencia: Se entiende por quirófanos de Urgencia aquellos destinados a resolver cirugía mayor y que deben estar disponibles 24 horas.

Quirófanos Obstétrico: Se entiende por quirófano obstétrico aquellos destinados a resolver intervenciones quirúrgicas propias de la especialidad de obstetricia y deben estar disponibles las 24 horas.

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 mediana y 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 deben destinar en su dotación quirófanos indiferenciados.

2. **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 al menos 8 horas diarias, y, para efectos del registro considera los horarios de lunes a jueves de 8 a 17 horas. y el viernes hasta las 16:00 hrs.

Horario inhábil de lunes a viernes: Para efectos del registro, es el horario posterior al término del horario hábil, el cual comienza de lunes a jueves a las 17 horas y termina a las 08:00 del día siguiente. El viernes comienza a las 16:00 hrs y termina a las 08:00 del día siguiente.

Sábado, domingo y festivos: Se define como el total de horas utilizadas y su producción asociada en los quirófanos en trabajo, durante los días sábado, domingo y festivos.

3. Capacidad Instalada de quirófanos

Para efectos de registros los quirófanos se distribuyen en:

Quirófanos en dotación: Corresponde a la cantidad de quirófanos autorizados al establecimiento (informados por resolución y aprobados por el MINSAL), instalados para realizar cirugías mayores. El número de quirófanos en dotación no es modificable por fluctuaciones temporales.

Quirófanos habilitados: Corresponde a los quirófanos que se encuentran en condiciones de uso, es decir infraestructura y el equipamiento necesario para funcionar y que cumpla con la Norma Técnica Básica 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.

Quirófanos en trabajo: Corresponde a los quirófanos disponibles, habilitados para ser utilizados, que cumplen con la norma técnica básica y además cuenta con la dotación de recursos humanos necesarios para funcionar.

4. Concepto de Utilización del quirófano

Horas Programadas: Corresponde a las horas quirúrgicas que se proyectan ocupar según la disponibilidad de los quirófanos en trabajo.

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.

Horas Ocupadas: Se define como las horas utilizadas en los quirófanos en trabajo, durante un horario específico (hábil, inhábil)

5. Tipo de Beneficiarios.

Corresponde a la modalidad de atención seleccionada por el usuario o la aseguradora. Beneficiarios en modalidad institucional (MAI) modalidad libre elección (MLE) y otros.

6.- Recambio: Se define al tiempo utilizado para el aseo y preparación de un quirófano entre una intervención y otras, con el objetivo de dejarlo en condiciones de uso. El concepto anterior era "preparación".

Definiciones operacionales

Números de quirófanos en dotación: Corresponde registrar la cantidad de quirófanos autorizados al establecimiento por resolución y aprobados por el MINSAL. El número de quirófanos registrado debe mantenerse constante en el registro mensual.

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 (horario hábil): 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 de Quirófanos en trabajo (horario hábil): 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 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. (información es proporcionada por el equipo de pabellones)

Horas mensuales ocupadas de quirófanos en trabajo 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 recambio. 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 en 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 horario sábado, domingo y festivo: 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.

Total de horas mensuales ocupadas de quirófanos para Cirugía menor y otros procedimientos: Corresponde registrar el total de horas utilizadas para cirugías menores y otros procedimientos realizados en los quirófanos para cirugía mayor separadas en horario hábil y horario inhábil.

Horas de recambio: Corresponde registrar el número de horas ocupadas en la preparación del quirófano para una próxima cirugía. 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, ambos en horario hábil.

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 recambio, 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

Los Procedimientos Complejos Ambulatorios corresponden a las prestaciones ambulatorias complejas que se realizan en el hospital en forma ambulatoria, es decir no utilizan cama de dotación en forma inmediata y la recuperación post operatoria del paciente es menor a 24 horas. Incluye hemodiálisis, cirugía mayor ambulatoria electiva, angiografía coronaria (coronariografía), otras.

Recurso disponible: Corresponde a las instalaciones asignadas al establecimiento por la autoridad competente del establecimiento, instalados y dispuestos para realizar, en forma ambulatoria tratamientos terapéuticos en forma ambulatoria. Incluye divanes, sillones tipo Berger o camillas de observación 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.

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

Corresponde el registro de los componentes de recurso disponible, ingresos, personas atendidas, días persona atendidas y altas para cada una de las unidades de atención (Hemodiálisis, Cirugía Mayor Ambulatoria, Coronariografías y otras).

Personas atendidas: Se debe contabilizar el número de personas que recibieron atención. En el caso de cirugías, se debe registrar el número de personas a quienes se les ha realizado un evento quirúrgico en una determinada ocasión. Si una misma persona se somete a diferentes eventos quirúrgicos durante el mes, cada uno debe registrarse por separado.

Para el registro de la Cirugía Mayor Ambulatoria (electiva), se debe utilizar las definiciones entregada para este tipo de actividad en el REM-BS.

Regla de consistencia

R.1: El número de personas a las que se les realiza una Cirugía Mayor Ambulatoria, debe ser igual o menor al número de cirugías mayores electivas ambulatorias informadas en el REM BS (B17), sección M.

Sección C: Hospitalización Domiciliaria y atención Ventilatoria en Domicilio

Sección C.1: Hospitalización Domiciliaria

Definiciones conceptuales

Hospitalización Domiciliaria: Modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional en la que el usuario recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, tanto en calidad como en cantidad, y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial de atención cerrada. El proceso de Hospitalización Domiciliaria requiere de indicación y control médico y su término está definido por el alta médica(52).

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.1.1: Personas atendidas en Hospitalización Domiciliaria

Definiciones conceptuales

Ingresos: Corresponde al número de pacientes que ingresan al Programa de Hospitalización Domiciliaria en el período (mes).

Personas atendidas: Se refiere al 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 al total de días de Hospitalización Domiciliaria por cada paciente atendido en el período (mes) 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 egresan de la Hospitalización Domiciliaria por: que completan el plan terapéutico indicado (alta clínica y administrativa), o bien alta disciplinaria, según lo señalado en la Orientación Técnica. No se considera un Egreso Hospitalario porque no hace uso de una cama de dotación.

Fallecidos: Corresponde al número de personas que fallecen estando en la modalidad de Hospitalización Domiciliaria en el mes, incluye:

- **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 a hospitalización tradicional: Corresponde a todas las personas que por su condición de salud en forma inesperado o no programado debe reingresar a una cama de dotación del establecimiento hospitalario.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar para cada uno de los componentes establecidos por el programa: los ingresos del mes, personas atendidas (Ingresos de pacientes en un mes más los pacientes que permanecen desde el mes anterior), días persona atendidas, altas, fallecidos (esperados y no esperados), reingreso a hospitalización tradicional

El registro de la atención incluye la distribución por rango etario, sexo y origen de la derivación.

Rango etario: Corresponde registrar para cada componente de HD el número de personas menores de 15 años, de 15 a 19 años y de 20 años y más.

Estos datos no se deben registrar como egresos hospitalarios.

Origen de la derivación a Hospitalización Domiciliaria: Corresponde registrar, el número de personas de acuerdo con la procedencia 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 rango etario.

Sección C.1.2: Visitas Realizadas

Las visitas realizadas corresponden a las visitas domiciliarias realizadas a pacientes en Hospitalización Domiciliaria según el prestador que realizada la atención.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar al número total de visitas realizadas en domicilio bajo la modalidad de hospitalización domiciliaria, de acuerdo con los siguientes profesionales:

- Médico
- Enfermera
- Técnico Paramédico
- Matrona
- Kinesiólogo
- Psicólogo
- Fonoaudiólogo
- Trabajador Social
- Terapeuta Ocupacional

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección C.1.3: Cupos disponibles en Unidad de Hospitalización Domiciliaria

Definiciones conceptuales

Cupos programados: Corresponde a la capacidad instalada diaria que tiene en la Hospitalización Domiciliaria, dependiendo de los recursos físicos y humanos con lo que cuenta la Hospitalización Domiciliaria (recurso humano, vehículos y zona geográfica a cubrir. Es decir, es el número de personas que pueden ser atendidas en su domicilio en forma diaria (oferta).

Este concepto **No** es homologable al número de visitas.

Cupos utilizados: Corresponde al uso de la capacidad instalada. Es decir, al número de pacientes atendidos por Hospitalización Domiciliaria en el período (mes).

Cupos disponibles: Corresponde a la sumatoria mensual de cupos diarios disponibles para ser otorgados por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, según demanda.

Definiciones operacionales

N° de Cupos: Se registran los cupos de la capacidad instalada permanente del mes, distribuidos en programados, utilizados y disponibles según corresponda.

N° de Cupos Adicionales: Corresponde el registro de cupos adicionales en campaña de invierno, distribuidos en programados, utilizados y disponibles según corresponda.

N° de Cupos de Salud Mental: Corresponde el registro de cupos destinados a Salud Mental. Según CIE-10, el trastorno de salud mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes

N° de Cupos Adultos: Corresponde el registro de cupos destinados a usuarios adultos, vale decir usuarios de 18 y más años.

N° de cupos Pediatría: Corresponde el registro de cupos destinados a usuarios de pediatría. Vale decir, usuarios hasta 17 años, 11 meses, 29 días.

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.2: Atención Ventilatoria en Domicilio

Sección C.2.1: 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 asistencia ventilatoria en domicilio Invasiva y No invasiva. Según la edad de la persona que recibe la atención de diferencia en adulto e infantil.

La estrategia oxígeno domiciliario para pacientes crónicos. Se refiere al cupo de personas con la condición de “Paciente crónico” a quienes se les entrega de oxígeno en su domicilio.

La estrategia de Oxigenoterapia en domicilio 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.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar en esta sección, para cada una de las estrategias el número de personas en el mes distribuidas por rango etario (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.

Reglas de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección C.2.2 Ingresos y Egresos al Programa y atención ventilatoria en Domicilio

Definiciones conceptuales

En esta sección se registra para cada una de las estrategias el número de personas distribuidas por sexo, ingresos, egresos personas activas y controles médicos.

Número de Ingresos: Corresponde al número de personas en el mes que ingreso a la estrategia. Se considera realizado cuando se instala el equipamiento correspondiente en el domicilio del paciente.

Número de Egreso: Corresponde al egreso de un paciente de una estrategia, 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 presenta regla de consistencia.

Sección C.2.3: Ingreso programa asistencia ventilatoria y oxígeno en domicilio según diagnóstico

Definiciones conceptuales

En esta sección se relaciona las causas de ingreso y la estrategia ventilatoria proporcionada.

Las causas de ingreso al programa de asistencia ventilatoria y oxígeno en domicilio según diagnóstico son Enfermedad neuromuscular, Daño pulmonar crónico, Daño sistema nervioso central, Síndrome genético, Displasia Broncopulmonar

Se incluyen tipos de actividades de acuerdo con las modalidades de soporte ventilatorio que entrega la estrategia (AVI, AVIA, AVNI, AVNIA, Oxigeno Adulto, Oxigeno Infantil) desagregadas en ingresos, egresos, número de personas activas, numero de controles médicos y origen de la incorporación GES o NO GES, así como considerar la causa medica de ingreso, diferenciada en las distintas modalidades.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar el número de pacientes que ingresa al programa de asistencia ventilatoria y oxígeno en domicilio, distribuidos de acuerdo con la estrategia de asistencia ventilatoria, oxigeno domiciliaria y diferenciado por adulto o infantil.

En esta sección se incluye para cada causa de ingreso el número de personas pertenecientes a pueblos originarios y migrantes (4).

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 (en el período): Incluye

Intervención Sicosocial: 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. 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.

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.

Definiciones operacionales

Se registra el número total de egresos al que corresponde el mes de informe, de niños, niñas y adolescentes, según rango de etario 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.

N.º de atenciones - intervención psicosocial: Corresponde al registro de las atenciones realizadas por distintos profesionales.

N.º de atenciones - estimulación del desarrollo: Corresponde al registro a las actividades de estimulación realizadas con los niños, niñas y adolescentes de acuerdo con su edad y patología por distintos profesionales.

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 presenta 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. Para efectos de este registro, 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.

Pacientes programados: 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.

Pacientes suspendidos: Se entenderá paciente suspendido 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 con 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.

Se considera paciente condicional en tabla quirúrgica definitiva, a toda persona 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 asegurar 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 prequirúrgicos para cirugías mayores electivas por especialidad y por rango etarios, independiente de la previsión, modalidad de atención y de financiamiento (MAI, MLE y No beneficiarios). No se incluyen las cirugías mayores ambulatorias en este registro, ya que no generan días de estada prequirúrgicos y no hacen uso del recurso cama hospitalaria (dotación).

Pacientes Intervenidos: Corresponde registrar el número de pacientes intervenidos para cirugías mayores en el mes del informe, según la especialidad por la que fue intervenido y por rango etario.

Se registra el número total de cirugías programadas, en los diferentes horarios (hábil, inhábil, fines de semana y festivos) e independiente de la previsión, modalidad de atención y de financiamiento (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 rango etario.

Se deben registran todas las intervenciones quirúrgicas electivas, suspendidas, en los diferentes horarios (hábil, inhábil y fines de semana y festivos), independiente de la previsión, modalidad de financiamiento y modalidad de atención, institucional, libre elección y pacientes no beneficiarios FONASA.

En esta sección, las variables se registran según las diferentes especialidades quirúrgicas, la responsabilidad de este registro es de la Unidad de Pabellón y su fuente primaria es la tabla quirúrgica, las cuales deben ser reportadas en el plazo establecido.

Regla de consistencia

R.1: El número de pacientes intervenidos debe ser igual a mayor, al número de pacientes programados menos el número de pacientes suspendidos

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 de acuerdo con la clasificación vigente:

- **Atribuidas al paciente:** corresponden a factores relacionados con condiciones clínicas o de autogestión del paciente.
- **Administrativas:** corresponden a factores vinculados a la gestión preoperatoria, preparación clínica o documentación.
- **Unidades de Apoyo clínico:** hace referencia a la falta de coordinación o disponibilidad de recursos de apoyo clínico requeridos para el procedimiento.

- **Unidades de Apoyo logístico:** Falla en la gestión de insumos, equipamiento o esterilización.
- **Equipo quirúrgico**: corresponde a causales vinculadas a la disponibilidad o gestión de recursos humanos.
- **Infraestructura**: hace referencia a factores relacionados con fallas en infraestructura o servicios básicos del establecimiento.
- **Emergencias:** son eventos imprevistos o catastróficos que interrumpen la programación quirúrgica.
- **Gremiales:** Aplica cuando un paro o movilización de cualquier estamento impide el funcionamiento de los pabellones del establecimiento.

A continuación, se detallan cada una de las subcategorías dentro de cada una de las causales enunciadas anteriormente:

Atribuidas al paciente

- **Patología aguda:** Aplica cuando el paciente presenta una enfermedad o proceso orgánico diagnosticado por el equipo clínico al momento de la cirugía, caracterizado por aparición repentina y curso breve. Excluye descompensación de patología crónica. Ejemplo: infecciones respiratorias agudas, urinarias o digestivas.
- **No se presenta:** Aplica cuando el paciente, confirmado previamente por la UPPQ, no acude el día y hora de su cirugía. Excluye fallecimientos.
- **Rechaza operación:** Aplica cuando el paciente se presenta a la unidad o servicio de pabellón, pero decide no someterse a la cirugía el mismo día.
- **Falta de ayuno:** Aplica cuando, durante la evaluación preanestésica o entrevista de enfermería, el paciente declara haber ingerido alimentos o líquidos antes de la cirugía.
- **Descompensación en pabellón:** Aplica cuando el paciente presenta un deterioro funcional o descompensación de su patología crónica en el quirófano, impidiendo continuar con el procedimiento.

  Se incluye cuando el paciente tiene deposiciones sobre la mesa quirúrgica, generalmente en el momento de la anestesia, o cuando el paciente con anestesia local se "descompensa" y no se puede realizar la cirugía con la anestesia programada.
- **Anticipación de cirugía por agudización de patología:** Aplica cuando el paciente, programado para cirugía electiva, debe ser intervenido de urgencia por agravamiento de su condición.
- **Paciente fallece:** Aplica cuando el paciente programado fallece el día o la noche anterior, o durante la inducción anestésica.
- **Atraso al ingreso:** Aplica cuando el paciente llega con retraso a su hora programada y no es posible reprogramar el procedimiento el mismo día.

Administrativas

- **Patología no informada, no conocida:** Aplica cuando el paciente informa en pabellón una condición no registrada previamente (p. ej., alergia al látex o enfermedad relevante).
- **Estudio incompleto:** Aplica cuando el equipo clínico identifica exámenes pendientes, alterados o dudas respecto a la indicación quirúrgica. Incluye casos en que se determina que la cirugía ya no es necesaria.
- **Documentación incompleta:** Aplica cuando el paciente llega sin los documentos requeridos previamente (p. ej., resultados, autorizaciones, consentimientos).
- **Falta de preparación de piel, intestinal, antibiótica, suspensión de anticoagulantes u otra especificada:** Aplica cuando el paciente requiere preparación específica (intestinal, antibiótica, de piel u otra) que no fue realizada previamente. Incluye falta de ayuno en pacientes hospitalizados.
- **Falta de disponibilidad de cama básica:** Aplica cuando no existe cama básica para el paciente que requiere hospitalización postoperatoria.
- **Falta de disponibilidad de cama media:** Aplica cuando no existe cama media para el paciente que requiere hospitalización postoperatoria.
- **Falta de disponibilidad de cama UTI:** Aplica cuando no existe cama UTI disponible para el paciente que requiere hospitalización postoperatoria.
- **Falta de disponibilidad de cama UCI:** Aplica cuando no existe cama UCI disponible para el paciente que requiere hospitalización postoperatoria.
- **Sin cupo en recuperación:** Aplica cuando no hay camilla, sillón o cupo disponible en recuperación al momento de iniciar la cirugía.
- **Sin consentimiento informado firmado/ Falta de tutor legal consignado:** Aplica cuando el paciente no cuenta con consentimiento firmado o tutor legal consignado, y no es posible resolverlo el día de la cirugía.

Unidades de Apoyo clínico

- **Falta de sangre o hemoderivados:** Aplica cuando, pese a la coordinación previa, el banco de sangre no cuenta con los componentes requeridos.
- **Falla de coordinación con Unidad de Imagenología:** Aplica cuando la cirugía requería apoyo de imagenología que no fue gestionado o confirmado.
- **Falla de coordinación con Unidad de Anatomía patológica (biopsia rápida):** Aplica cuando la cirugía requería biopsia rápida y no se coordinó previamente o el recurso no estaba disponible.

Unidades de Apoyo logístico

- **Instrumental y/o material con falla de esterilización:** Aplica cuando el instrumental no cumple condiciones de esterilidad por falla del reproceso.
- **Instrumental incompleto o no disponible:** Aplica cuando el material requerido no está completo o disponible.
- **Equipamiento médico no operativo:** Aplica cuando el equipo se encuentra en reparación, falla reciente o demora de proveedor.

- **Falta de equipo, insumos y/o cajas quirúrgicas por parte de proveedor externo:** Aplica cuando el proveedor no entrega insumos, medicamentos o cajas quirúrgicas según lo comprometido, afectando la programación.
- **Falta de medicamentos o stock insuficiente:** Aplica cuando existe falta o stock insuficiente no informado con anticipación a la UPPQ y a Farmacia.
- **Falta de insumos o stock insuficiente:** Aplica cuando existe falta o stock insuficiente no informado con anticipación a la UPPQ y a Abastecimiento, Logística o a la Unidad responsable.
- **Falta de ropa quirúrgica o stock insuficiente:** Aplica cuando no se dispone del stock necesario de ropa quirúrgica y no fue notificado oportunamente.

Equipo quirúrgico

- **Falta / Disponibilidad de Cirujano:** Aplica cuando el cirujano no se presenta al procedimiento, sea por inasistencia o reasignación no prevista.
- **Falta / Disponibilidad de Anestesiólogo/a:** Aplica en caso de inasistencia no avisada o reasignación.
- **Falta / Disponibilidad de Técnico de enfermería de nivel superior o técnico paramédico:** Aplica cuando no se presenta el personal técnico requerido.
- **Falta / Disponibilidad profesional no médico:** Aplica cuando no se presenta personal no médico asignado (ejemplo: de enfermería o matonería)
- **Error de programación:** Aplica cuando la tabla quirúrgica fue planificada sin considerar disponibilidad de equipo o equipamiento, generando retraso o extensión. Esto incluye no considerar la disponibilidad de los diferentes equipos y equipamiento del pabellón o asociados al subproceso de intervención quirúrgica (arco C, torre laparoscópica, electrobisturí u otro).
- **Reemplazo por urgencia:** Aplica cuando el cupo del paciente electivo se utiliza para atender una urgencia, excluyendo emergencias.

Infraestructura

- **Falla energía eléctrica:** Aplica cuando ocurre un corte no planificado.

- **Falla de climatización:** Aplica cuando la temperatura, humedad o filtración de aire no cumplen condiciones de seguridad.
- **Falla de red húmeda:** Aplica cuando se interrumpe el suministro de agua.
- **Falla Ascensor:** Aplica cuando el desperfecto impide el traslado del paciente o equipamiento.}
- **Falla gases clínicos:** Aplica cuando se interrumpe el suministro o presión de gases clínicos requeridos.

Emergencias

- **Desastres naturales:** como terremotos, aluviones, tsunamis, inundaciones, erupciones volcánicas, etc**.** Aplica ante terremotos, aluviones, inundaciones, erupciones u otros sin afectación directa del establecimiento.
- **Destrucción repentina e irrecuperable de la infraestructura del hospital:** Aplica ante daño grave o pérdida total por desastre o intervención de terceros.
- **Accidentes múltiples:** Aplica cuando se reconvierten pabellones para atender urgencias masivas.
- **Incendios o amago de incendio:** Aplica cuando afecta directa o indirectamente el establecimiento.
- **Derrame de productos químicos:** con afectación directa o indirecta al establecimiento.
- **Aviso de bomba:** aquellos con afectación directa o indirecta al establecimiento.
- **Actos delictuales:** aquellos con afectación directa o indirecta al establecimiento.
- **Emergencia sanitaria: a**plica para pandemia, alertas de ISP, etc.

Gremiales

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 E.

Sección G: Esterilizaciones Quirúrgicas

Definiciones conceptuales

Esterilización en mujeres: Corresponde a un procedimiento para una mujer para producir su esterilidad permanente.

Esterilización en hombres: Corresponde a una cirugía que pone fin a la fertilidad masculina de forma permanente (vasectomía).

Esterilización TRANS Masculino/Femenino: Corresponde a una cirugía que pone fin a la fertilidad de una persona que se considera TRANS Masculino o Femenino.

Definiciones operacionales

Se registra el número de esterilizaciones tanto en mujeres, hombre y TRANS realizadas en el periodo, desagregadas por rango etario e independiente de la causa de ésta.

En las esterilizaciones a mujeres, se incluye también las realizadas durante una cesárea.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección H: Capacidad instalada de quirófanos de cirugía menor

Definiciones conceptuales

Pabellón: es el recinto destinado para realizar intervenciones quirúrgicas médicas u odontológicas, especialmente habilitado e independiente de otras áreas clínicas del establecimiento. En su interior contiene diversas áreas tales como, área no restringida, área semi restringida y área restringida. Los pabellones se categorizan en: pabellones de cirugía mayor, que pueden albergar exclusivamente quirófanos de cirugía mayor o tanto quirófanos de cirugía mayor como menor, y en pabellones de cirugía menor, que sólo albergan quirófanos de cirugía menor. Los pabellones deben contar con autorización sanitaria para su instalación y funcionamiento y los requisitos dependerán de la Norma Técnica Básica (NTB) vigente y sus actualizaciones.

Quirófanos de cirugía menor: Se entiende por quirófano de cirugía menor 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 menores en condiciones de asepsia y seguridad. Deben estar disponibles al menos 8 horas diarias.

Quirófanos de cirugía menor en dotación: Corresponde a la cantidad de quirófanos con autorización sanitaria, instalados y dispuestos para realizar cirugías menores. El número de quirófanos en dotación no es modificable por fluctuaciones temporales.

El número de quirófanos de cirugía menor en dotación que se reportan en esta sección deben coincidir con el número informado a MINSAL mediante oficio. Cualquier modificación en la dotación debe ser informada formalmente al nivel central.

Quirófanos de cirugía menor habilitados: corresponde a los quirófanos con autorización sanitaria y que se encuentran en condiciones de uso, es decir, que cuentan con la infraestructura, equipos y equipamientos necesarios para realizar cirugías menores.

Quirófanos de cirugía menor en trabajo: corresponde a los quirófanos con autorización sanitaria, que además de estar habilitados, cuentan con la dotación de recursos humanos necesaria para su funcionamiento.

Horas programadas de uso del quirófano de cirugía menor: corresponde al total de horas planificadas de uso mensual de los quirófanos de cirugía menor, para cada tipo de horario (hábil, inhábil, sábados, domingos y festivos) independientemente del tipo de prestación realizada.

Para programar el uso del quirófano de cirugía menor se debe considerar:

- Cada quirófano de cirugía menor debe estar disponible al menos ocho horas diarias de lunes a viernes.

- El total de horas habilitadas (disponibles) mensuales corresponde a la multiplicación de las horas diarias por el total de días hábiles del mes y por el número de quirófanos disponibles en el establecimiento.

Horas ocupadas del quirófano de cirugía menor: corresponde al total de horas clínicas utilizadas durante el mes y por tipo de horario de los quirófanos de cirugía menor independientemente del tipo de prestación realizada y sin considerar el tiempo de recambio.

Horarios de funcionamiento de los quirófanos: Se han definido los siguientes horarios para el registro de la actividad quirúrgica en quirófanos de cirugía menor:

- **Horario hábil:** corresponde a la jornada diaria de trabajo de al menos 8 horas. Para efectos del registro, se considera de lunes a jueves entre las 8:00 y las 17:00 horas, y los viernes entre las 8:00 y las 16:00 horas.

- **Horario inhábil de lunes a viernes:** corresponde a la jornada de trabajo posterior al término del horario hábil. Para efectos del registro, comienza de lunes a jueves a las 17:00 horas y finaliza a las 8:00 horas del día siguiente. El viernes inicia a las 16:00 y concluye a las 8:00 horas del sábado.

- **Sábado, domingo y festivos:** corresponde a la jornada de trabajo durante fines de semana y días festivos. Para efectos del registro, este horario comienza a las 8:00 horas del sábado y se extiende durante todo el domingo y los días festivos.

Definiciones operacionales

La sección H debe ser registrada por todos los establecimientos hospitalarios de baja, mediana y alta complejidad que cuenten con quirófanos de cirugía menor en dotación.

Números de quirófanos de cirugía menor en dotación: corresponde registrar el número total de quirófanos de cirugía menor autorizados en el establecimiento. Las variables asociadas a este registro son las siguientes:

- **Especialidad de medicina:** se registrará la suma de todos aquellos quirófanos de cirugía menor en dotación exclusivos para las especialidades médicas, y, aquellos que se utilizan tanto para las especialidades médicas como odontológicas.

- **Especialidad de odontología**: corresponde registrar la suma de todos aquellos quirófanos de cirugía menor que son de uso exclusivo para las especialidades odontológicas.

Si no cuenta con alguna de las dos categorías se deberá registrar con 0.

Horas mensuales de quirófanos de cirugía menor programadas por horario: corresponde al registro de la sumatoria de las horas mensuales programadas de uso del total de quirófanos de cirugía menor para cada horario y categoría (medicina y exclusivo de odontología). Las variables asociadas a este registro son las siguientes:

- **Horas mensuales programadas de quirófanos de cirugía menor en horario hábil:** corresponde registrar la suma del total de horas mensuales programadas de uso de los quirófanos de menor durante el horario hábil.

- **Horas mensuales programadas de quirófanos de cirugía menor en horario inhábil de lunes a viernes:** corresponde registrar el total de las horas mensuales programadas de uso de los quirófanos de cirugía menor durante el horario inhábil para cada categoría (medicina y uso exclusivo de odontología).

- **Horas mensuales programadas de quirófanos de cirugía menor los sábados, domingos y festivos**: corresponde registrar el total de las horas mensuales programadas de uso de los quirófanos durante los sábados, domingos y festivos para cada categoría (medicina y uso exclusivo de odontología).

Total, de horas mensuales ocupadas de quirófanos de cirugía menor: se define como el total de horas utilizadas en los quirófanos en trabajo, para cirugías menores y otros procedimientos, desagregada en los diferentes horarios. Las variables asociadas a este registro son las siguientes:

- **Horas mensuales ocupadas de quirófanos de cirugía menor en trabajo horario hábil:** corresponde registrar la suma del total de horas ocupadas o utilizadas en los quirófanos de menor en trabajo durante el horario hábil.

- **Horas mensuales ocupadas de quirófanos de cirugía menor en trabajo en horario inhábil de lunes a viernes:** corresponde registrar el total de las horas ocupadas o utilizadas en el mes en los quirófanos de cirugía menor en trabajo durante el horario inhábil para cada categoría (medicina y uso exclusivo de odontología).
- **Horas mensuales ocupadas de quirófanos de cirugía menor en trabajo los sábados, domingos y festivos**: corresponde registrar el total de las horas ocupadas o utilizadas en el mes en los quirófanos en trabajo durante los sábados, domingos y festivos para cada categoría (medicina y uso exclusivo de odontología).

Reglas Consistencia

R.1: El número de horas ocupadas de quirófanos de cirugía menor en horario hábil debe ser menor o igual al número de horas programadas para ese mismo horario.

R.2: El número de horas ocupadas de quirófanos de cirugía menor en horario inhábil debe ser menor o igual al número de horas programadas para ese mismo horario.

R.3: El número de horas ocupadas de quirófanos de cirugía menor durante sábados, domingos y festivos debe ser menor o igual al número de horas programadas para ese periodo.

R.4: Los establecimientos que reporten datos en la sección H (horas programadas de uso de los quirófanos de cirugía menor), deberán reportar datos en la sección I (personas programadas), según el tipo de horario de funcionamiento de los quirófanos.

R.5: Los establecimientos que reporten datos en la sección H (horas ocupadas de los quirófanos de cirugía menor), deberán reportar datos en la sección I (personas intervenidas), según tipo de horario de funcionamiento de los quirófanos.

Sección I: Gestión de procesos de paciente quirúrgicos con cirugía menor

Definiciones conceptuales

Especialidad: Corresponde al nombre de la especialidad quirúrgica.

Tabla quirúrgica de cirugía menor: corresponde al instrumento que organiza y distribuye de manera planificada las horas disponibles de los quirófanos de cirugía menor para cada tipo de horario (hábil, inhábil y los sábados, domingos y festivos), en las que se asigna a cada usuario(a), con Orden de Atención para cirugía menor, un cupo quirúrgico para efectuar su intervención.

Personas intervenidas para cirugía menor: corresponde a aquellos(as) usuarios(as) cuya intervención se llevó a cabo. Las variables asociadas a este registro son las siguientes:

- **Personas menores de 15 años intervenidas en horario hábil:** corresponde al número total de personas menores de 15 años intervenidas en cirugía menor en el horario definido como hábil en el mes para cada especialidad quirúrgica.

- **Personas de 15 años o más años intervenidas en horario hábil:** corresponde al número total de personas mayor o igual de 15 años intervenidas en cirugía menor en el horario definido como hábil en el mes para cada especialidad quirúrgica.

Personas programadas por tipo de horario: corresponde a los(as) usuarios(as) incluidos(as) en la tabla quirúrgica definitiva de cirugía menor correspondiente al horario hábil, inhábil o sábados, domingos y festivos. Las variables asociadas a este registro son las siguientes:

- **Personas programadas en horario hábil:** corresponde al número total de personas programadas para cirugía menor en horario hábil en el mes para cada especialidad quirúrgica.

- **Personas programadas en horario inhábil de lunes a viernes:** corresponde al número total de personas programadas en horario inhábil en el mes para cada especialidad quirúrgica.

- **Personas programadas los sábados, domingos y festivos:** corresponde al número total de personas programadas para cirugía menor durante los sábados, domingos y festivos en cualquier horario para cada especialidad quirúrgica.

Personas suspendidas para cirugía menor: es el(la) usuario(a) que, encontrándose programado(a) en la tabla quirúrgica de cirugía menor no es intervenido(a), independiente de la causa de la suspensión. Las variables asociadas a este registro son las siguientes:

- **Personas suspendidas en horario hábil:** corresponde al número total de personas que fueron programadas en horario hábil y se suspendieron por cualquier causa para cada especialidad quirúrgica.

- **Personas suspendidas en horario inhábil:** corresponde al número total de personas que fueron programadas en horario inhábil y se suspendieron por cualquier causa.

- **Personas suspendidas los sábados, domingos y festivos:** corresponde al número total de personas que fueron programadas para cirugía menor durante los sábados, domingos y festivos en cualquier horario y se suspendieron por cualquier causa para cada especialidad quirúrgica.

Para más información en relación con proceso quirúrgico de cirugías Menores, consultar orientación técnica(53).

Definiciones operacionales

En la sección I, la especialidad “Otras Especialidades” considera únicamente especialidades médicas que no se encuentren en el listado de especialidades.

En la especialidad de “Odontología” se deberá considerar todas las especialidades odontológicas a excepción de “Cirugía Maxilofacial” que tiene categoría propia.

En la sección I debe incluir sólo las cirugías menores que se realizan en quirófanos de cirugía menor. Las cirugías menores realizadas en quirófanos de cirugía mayor no deben ser consideradas en los registros de la sección I. Es decir, no se deben registrar como personas programadas, suspendidas ni intervenidas.

Personas menores de 15 años intervenidas en horario hábil: se registra el número total de personas menores de 15 años intervenidas de cirugía menor en horario hábil para cada especialidad quirúrgica. Para efectos del registro el horario hábil se considera de lunes a jueves entre las 8:00 y las 17:00 horas, y los viernes entre las 8:00 y las 16:00 horas.

Personas de 15 años o más años intervenidas en horario hábil: se registra el número total de personas mayor o igual de 15 años intervenidas de cirugía menor en horario hábil para cada especialidad quirúrgica. Para efectos del registro el horario hábil se considera de lunes a jueves entre las 8:00 y las 17:00 horas, y los viernes entre las 8:00 y las 16:00 horas.

Personas programadas en horario hábil: Se registra el número total de personas programados para cirugía menor en horario hábil (De lunes a jueves de 08:00 a 17:00 y viernes de 08:00 a 16:00) en el mes para cada especialidad quirúrgica.

Personas suspendidas en horario hábil: Se registra el número total de personas que fueron programados en horario hábil y se suspendieron por cualquier causa en el mes para cada especialidad quirúrgica.

Personas programadas en horario inhábil de lunes a viernes: Se registra el número total de personas programados para cirugía menor después de las 17:00 horas de lunes a jueves y viernes después de las 16:00 horas en el mes para cada especialidad quirúrgica.

Personas suspendidas en horario inhábil: Se registra los pacientes que fueron programados en horario inhábil y se suspendieron por cualquier causa después de las 17:00 horas de lunes a jueves y viernes después de las 16:00 horas en el mes para cada especialidad quirúrgica.

Personas programados sábado, domingo y festivos: Se registra todas las personas programadas para cirugía menor dichos días en cualquier horario en el mes para cada especialidad quirúrgica.

Reglas Consistencia

R.1: El número de personas suspendidas en horario hábil debe ser menor o igual al número de personas programadas en ese mismo horario.

R.2: El número de personas suspendidas en horario inhábil debe ser menor o igual al número de personas programadas en ese mismo horario.

R.3: El número de personas suspendidas los sábados, domingos y festivos debe ser menor o igual al número de personas programadas para esos días.

R.4: Los establecimientos que reporten datos en la sección I (personas programadas), deberán reportar datos en la sección H, específicamente en la variable de horas programadas de uso de los quirófanos, según tipo de horario de funcionamiento de los quirófanos.

R.5: Los establecimientos que reporten datos en la sección I (personas intervenidas), deberán registrar datos en la sección H, específicamente en la variable de horas ocupadas de los quirófanos, según tipo de horario de funcionamiento de los quirófanos.

Sección J: Procedimientos Oncológicos

Definiciones conceptuales

Se entenderá como intervenciones o procedimiento oncológico a todo tratamiento terapéutico y de diagnóstico realizado a las personas con diagnóstico oncológico de forma hospitalizada o ambulatoria, en las unidades correspondientes según especialidad.

Se incluyen en esta modalidad quimioterapia oral, quimioterapia ambulatoria, quimioterapia hospitalizados, tele terapia, braquiterapia, PET-CT, SPECT, SPECT-CT, Gammacámara, yodoterapia ambulatoria y yodoterapia hospitalizado.

Quimioterapia oral: Tratamiento de quimioterapia en pastilla, píldora o comprimido que se administra por vía oral y puede ser manejada por la persona o cuidador en su domicilio.

Quimioterapia ambulatoria/ hospitalizada: Tratamiento que recibe una persona de manera ambulatoria u hospitalizada, en el que requiere espacio físico establecido y personal capacitado. Incluye los siguientes tratamientos:

- Quimioterapia endovenosa.
- Quimioterapia intravesical.
- Quimioterapia intratecal.
- Quimioterapia por embolización (radiología intervencional).
- Quimioterapia intramuscular/ subcutánea.
- Inmunoterapia endovenosa.
- Inmunoterapia subcutánea.
- Terapias biológicas (Inhibidores de ciclinas, inhibidores de tirosin kinasa, inhibidores mTOR).
- Hormonoterapia administrada en unidades de quimioterapia.

Radioterapia: Tratamiento que utiliza las radiaciones ionizantes para el control de la enfermedad tumoral, a través de la administración de una dosis de radiación a un volumen determinado que contiene una lesión

maligna o benigna, con el menor impacto posible en los tejidos sanos circundantes. Estas radiaciones pueden ser entregadas como teleterapia por fuentes generadoras de radiación ionizante de manera externa con acelerador lineal de electrones (ALE) o como braquiterapia en contacto directo de una fuente radiactiva sellada con la lesión a tratar.

Medicina nuclear diagnóstica: Es una especialidad médica que utiliza radiotrazadores (radiofármacos) para evaluar estructuras y/o funciones corporales para diagnosticar patologías de distinto tipo. Se incluyen: PET-CT, SPECT-CT/ SPECT/ Gammacámara

Yodoterapia (Tratamiento de medicina nuclear): Terapia con yodo-radioactivo o yodoterapia indicado a personas con cáncer de tiroides e hipertiroidismo. En relación con la definición del carácter ambulatorio u hospitalizado del tratamiento, el tratante lo determinará de acuerdo con dosis prescrita y características de la vivienda de la persona que recibirá el tratamiento.

Personas atendidas: Se refiere a la sumatoria total de personas que son atendidas o que recibieron algún tratamiento terapéutico en las distintas unidades. Incluye los pacientes que se traspasaron del mes anterior y los ingresos del mes actual.

En Teleterapia se debe registrar por tratamiento iniciado y realizado en máquina.
En Braquiterapia se debe registrar por sesiones recibidas.

Ingresos: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a la atención de algún tratamiento terapéutico o de diagnóstico. Se considerarán también como ingreso a las personas que luego del alta deben volver a realizarse algún tratamiento terapéutico o de diagnóstico.

Alta: Corresponde al total de personas que dejan de atenderse o tratarse en la unidad de quimioterapia ambulatoria, ya sea por orden médica, traslados, fallecimiento o abandono de tratamiento. No debe ser considerado como un egreso hospitalario.

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 las intervenciones oncológicas definidas.

Definiciones operacionales

En esta sección se registra para cada una de las intervenciones que se desarrollan en las unidades especificadas, según componente de esta modalidad de atención.

- Farmacia oncológica.
- Servicios que administran quimioterapias hospitalizadas.
- Servicios de quimioterapia ambulatoria.
- Servicios de radioterapia.
- Servicios de medicina nuclear.

El registro se distribuye según **sexo** (hombres, mujeres), y rango etario.

Se registra las **personas atendidas** en cada intervención según la definición conceptual.

Los **ingresos y egresos** para cada una de las intervenciones se registran en las columnas correspondientes.

En la última columna corresponde registrar el **recurso disponible** para cada una de las intervenciones.

Regla de consistencia

R.1. El número de atenciones debe ser mayor o igual al número de ingresos.

R.2 La sumatoria de ambos sexos de mayores de 18 años y menores de 18 años debe ser igual total de ambos sexos.

REM A23: SALA IRA- ERA Y MIXTAS

SECCIONES del REM-A.23

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.

REM A 23 Sala IRA- ERA y MIXTAS

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.

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 rango etario 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 presenta 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 rango etario 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 rango 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 rango etario 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 rango 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 presenta 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 presenta 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 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.

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 presenta 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 rango 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 presenta 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 rango etario 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 con 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 presenta 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 presenta 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 presenta 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

SECCIONES DEL REM-A.24

Sección A: Información general de Partos.

Sección A.1: Partos vaginales.

Sección A.2: Cesáreas (Responsabilidad del médico jefe del servicio de Obstetricia).

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: Atención inmediata del Recién Nacido.

Sección D.3: Nacidos fallecidos.

Sección E: Recién nacidos/as egresados/as de servicios Gineco-Obstétricos o de Neonatología, según tipo de alimentación.

Sección F: Consulta de lactancia materna en servicios Gineco-Obstétricos o de Neonatología.

Sección G: Talleres grupales de lactancia materna en servicios Gineco-Obstétricos.

Sección H: Tamizajes del recién nacido.

Sección H.1: Tamizaje metabólico.

Sección H.2: Tamizaje auditivo.

Sección H.3: Tamizaje cardiopatías congénitas.

En Chile, las políticas de salud actuales, centradas en las personas y basadas en el enfoque de determinantes sociales, consideran el proceso de reproducción humana como un acontecimiento vital en la vida de mujeres y hombres. Este proceso da origen al nacimiento de una nueva persona, única, destinada a desempeñar un rol irrepetible tanto en su grupo familiar como en la sociedad en la que nace.

En este contexto, las intervenciones de promoción y prevención comienzan mucho antes del parto, por lo que los futuros padres y las familias deben contar con la posibilidad de crear las mejores condiciones para que el niño o niña desarrolle plenamente las potencialidades inherentes a su capital genético.

Asimismo, REM 24 aborda actividades de producción de la atención del recién nacido fisiológico y/o patológico, desde el parto hasta el alta, como un aspecto fundamental en el ámbito de la salud pública.

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.

Partos fuera de la red de salud: Corresponde al total de partos cuyo expulsivo ocurrió fuera de establecimientos habilitados para la atención del parto o dispositivo de salud perteneciente a la red asistencial (tales como vehículos particulares o policiales, estacionamientos u otros lugares) y sin la participación de personal de salud capacitado. El establecimiento que recibe a la puérpera de estos partos será quien registre los casos en el REM.

Plan de Parto: se define como una herramienta que permite a la persona gestante expresar sus preferencias y necesidades respecto al proceso de trabajo de parto, parto y puerperio (revisar página 44 y 45 de agenda de la mujer(54)).

Entrega de Placenta a solicitud: Se debe registrar toda entrega de placenta a requerimiento de la puérpera de acuerdo con 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 con 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.

Ligadura tardía del cordón (al menos después de 60 segundos): Corresponde al número total de nacimientos en los que el cordón umbilical es ligado después de 60 segundos en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

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 de ser así se recomienda registrar con quien se realizó el proceso por más tiempo.
- **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.

Alojamiento conjunto en puerperio inmediato: Corresponde al número total de nacimientos en los que el recién nacido permanece, junto a su madre, en la misma habitación durante los días de hospitalización en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

Discapacidad: Corresponde al número total de partos en los que la persona gestante cuenta con credencial de discapacidad otorgada por SENADIS en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

Privada de libertad: Corresponde al número total de partos de personas privadas de libertad por delitos o por infracciones e incumplimientos a la ley, ya sean estas procesadas o condenadas que ocurran en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

No Binarie: Corresponde al número total de partos de personas que no se sienten identificadas ni como hombres, ni como mujeres, que se reconocen con género no binarie, que ocurran en de la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

Definiciones operacionales

En esta sección se deben registrar el total de partos atendidos en el establecimiento, según las variables que se describen 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.

Plan de Parto: Como variable corresponde al número total de partos que presentaron plan de parto en el ingreso a hospitalario quedando registro en ficha clínica en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

Parto Prehospitalario: Corresponde registrar al Servicio de Gineco Obstetricia que recibe a la puérpera, el número de partos ocurridos en el ámbito prehospitalario, de acuerdo con la desagregación solicitada en la sección. El registro debe realizarse según la información disponible, la condición en que se brindó la atención y la continuidad del cuidado en el ámbito hospitalario.

Partos fuera de la red de salud: Corresponde registrar el número de partos ocurridos fuera de la red de salud, de acuerdo con la desagregación solicitada en la sección. El registro debe realizarse según la información disponible, la condición en que se brindó la atención y la continuidad del cuidado en el ámbito hospitalario.

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.

R.6: Los partos fuera de la red asistencial excluye los partos en domicilio.

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.

establecimiento.

Manejo del dolor, No farmacológico: Corresponde al número total de partos que recibieron acompañamiento con técnicas de alivio no farmacológico del dolor en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

Manejo del dolor, Farmacológico: Corresponde al número total de partos que recibieron acompañamiento solamente con manejo farmacológico del dolor en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

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 medidas farmacológicas 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, oxitocina, 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.

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).

Total cesáreas por requerimiento materno, Nulípara: Corresponde al número total de partos por cesárea de nulíparas en las que se registre y/o clasifique como motivo de la cesárea, la solicitud de la gestante, en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

Total cesáreas por requerimiento materno, Multípara: Corresponde al número total de partos por cesárea de multípara en las que se registre y/o clasifique como motivo de la cesárea, la solicitud de la gestante, en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

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

Esta sección no presenta regla de consistencia.

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, 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.
- **Anemia severa post metrorragia que requiere transfusión**: Corresponde al número total de partos en los que se administra transfusión de hemoderivados por motivo de anemia severa (registrado en ficha clínica), en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

Atención institucional:

- **Parto Espontáneo:** Corresponde al parto cuyo trabajo de parto se inicia de forma natural sin intervención del equipo de salud, en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

  Parto Inducido: Corresponde al parto cuyo trabajo de parto se inició por acciones realizadas por el equipo de salud ya sea con medidas mecánicas o farmacológicas, en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

- **Cesárea**: Corresponde al parto de resolución quirúrgica, en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

Parto en domicilio: Corresponde a aquellos partos cuyo expulsivo ocurre en un domicilio particular.

Reglas de consistencia

Esta sección no presenta 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.

Definiciones operacionales

Tiene como finalidad registrar el total atenciones realizadas a mujeres cuyo caso constituye una causal de la ley 21.030(55) 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 rango etario. Se utilizará como fuente de información el Libro de Partos y Abortos ubicados en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de cada establecimiento.

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 vez.

Se debe registrar en las columnas de caracterización según corresponda: “Beneficiarias”, “Pueblos originarios”, “Migrantes”, “Transmasculino” y “Discapacidad”.

Discapacidad: Corresponde al número total de casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo en los que la persona gestante cuenta con credencial de discapacidad otorgada por SENADIS en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

Reglas de consistencia

R.1: Para todas las causales, si el producto de la gestión es un nacido vivo o fallecido se debe ingresar en la sección D del mismo REM A24 según corresponda

R.2: Para la causal 1 y 2, cuando la edad gestacional sea desde la semana 22 en adelante, se debe registrar la vía del parto, distinguiendo del parto.

R.3: El número total de interrupciones del embarazo, por ley N° 21030(55), tanto partos como abortos debe estar contenidos en todas las secciones que corresponda.

Sección B.1: Programa de Acompañamiento IVE

Definiciones conceptuales

Programa de acompañamiento: Se trata de un programa biopsicosocial, personalizado, garantizado en la Ley 21.030, que debe ser respetuoso de la libre decisión de la mujer. Se debe ofrecer a toda mujer que se encuentre en alguna de las 3 causales, independientemente de la decisión que manifieste, y sólo se puede realizar en la medida en que ella lo autorice expresamente. Puede ser realizado por un profesional del equipo o en dupla.

Definiciones operacionales

Atención por Psiquiatra: corresponde al número total de atenciones realizadas a la mujer en el contexto de IVE, por psiquiatra, por causal y rango etario.

Atención por Psicóloga/o: corresponde al número total de atenciones realizadas a la mujer en el contexto de IVE, por psicóloga/o, por causal y rango etario.

Atención por Trabajador/a Social: corresponde al número total de atenciones realizadas a la mujer en el contexto de IVE, por trabajador/a social por causal y rango etario.

Atención por Dupla Psicosocial: corresponde al número total de atenciones realizadas a la mujer en el contexto de IVE, por psicóloga/o y trabajador/a social en conjunto, por causal y rango etario.

Visita domiciliaria: corresponde al número total de atenciones realizadas a la mujer en su domicilio, tanto por psicóloga/o, trabajador/a social, psiquiatra y/o dupla en el contexto de IVE, por causal y rango etario.

Reglas de consistencia

R.1 El total de atenciones siempre será igual o mayor al total de mujeres que reciben el programa de acompañamiento.

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 con 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 etario.

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(56).

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 gramos 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.

Lesiones por tipo de parto: Son aquellas lesiones en el recién nacido producidas por fuerzas mecánicas del 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(57).

Encefalopatía hipóxico-isquémica Grado I y II: Corresponde al número total de casos de encefalopatía hipóxico-isquémica Grado I y II en nacimientos, en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).
Encefalopatía hipóxico-isquémica Grado III y IV: Corresponde al número total de casos de encefalopatía hipóxico-isquémica Grado III y IV en nacimientos, en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).
Asfixia Neonatal: Corresponde al número total de casos de asfixia neonatal en nacimientos, en la institución dentro del periodo de recolección de datos (mes).

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.

Lesiones por 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.

Encefalopatía hipóxico-isquémica: se registrarán todos los recién nacidos según la clasificación de Sarnat y Sarnat(57).

Reglas de consistencia

Esta sección no presenta 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(43), 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 con lo indicado en la Norma Técnica Correspondiente.

Reglas de consistencia

R.1: En la suma de los nacidos fallecidos según peso al nacer debe ser igual al total de abortos, mortinatos y mortineonatos registrados.

R.2: 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: Recién nacidos/as egresados/as de servicios Gineco-Obstétricos o de Neonatología según tipo de alimentación

Definiciones conceptuales

En esta sección se registrarán todos los egresos de recién nacidos/as vivos/as desde los servicios Gineco-Obstétricos o de Neonatología con lactancia materna exclusiva y aquellos que, por alguna razón médica justificada o según lo indicado en la Ley N° 21.155(58), no sean alimentados con leche materna. Lo anterior, indicando si corresponde a recién nacidos hijos de madres migrantes o pertenecientes a pueblos originarios.

Total, de egresos: Se registra el total de recién nacidos/as vivos/as egresados/as de los servicios Gineco-Obstétricos o de Neonatología, independiente del tipo de alimentación.

Lactancia Materna Exclusiva (LME): Corresponde a un 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 por indicación médica.

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 con lineamientos ministeriales vigentes, requieren que se suspenda la lactancia materna con el fin de evitar la transmisión madre a hijo/a.

Ley N° 21.155: Esta ley establece medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio, y releva el derecho preferente del hijo/a 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(58).

Definiciones operacionales

En esta sección se registrarán los egresos de recién nacidos/as vivos/as desde los servicios Gineco-Obstétrico o de Neonatología, de acuerdo con el tipo de alimentación.

- **Total, de recién nacidos/as egresados/as:** se registra el total de recién nacidos/as vivos/as egresados/as desde los servicios Gineco-Obstétricos o de Neonatología, independiente del tipo de alimentación recibida durante su hospitalización.

- **Recién Nacidos/as egresados/as con lactancia materna exclusiva durante toda la hospitalización y al alta:** se registra el total de recién nacidos/as vivos/as que durante toda la hospitalización y al momento del alta fueron alimentados con **leche materna exclusivamente**.

- **Recién Nacidos/as egresados/as que recuperaron la lactancia materna exclusiva al alta:** se registra el total de recién nacidos/as vivos/as que durante la hospitalización recibieron algún tipo de alimentación diferente a la leche materna como medida de apoyo a la lactancia, sin embargo, debido a las intervenciones realizadas por el equipo de salud durante la hospitalización lograron recuperar la lactancia y egresaron con lactancia materna exclusiva.

- **Recién Nacidos/as egresados/as con lactancia materna y fórmula láctea (mixta) al alta:** se registra el total de recién nacidos/as vivos/as que durante la hospitalización recibieron algún tipo de alimentación diferente a la leche materna como medida de apoyo a la lactancia, sin embargo, pese a las intervenciones realizadas por el equipo de salud, no lograron recuperar o instalar la lactancia materna exclusiva y egresaron con lactancia mixta.

- **Recién Nacidos/as egresados/as solo con fórmula láctea (excluye VIH, HTLV-1, Ley Nº 21.155, RN en proceso de protección y enfermedad grave de la madre con compromiso de conciencia):** se registra el total de recién nacidos/as vivos/as que durante la hospitalización recibieron solo fórmula láctea, excluyendo a los grupos antes señalados, no siendo posible establecer lactancia materna.

- **Recién Nacidos/as egresados/as con madres serología positiva (VIH):** se registra el total de recién nacidos/as vivos/as egresados/as cuyas madres presentan serología positiva a VIH.

- **Recién Nacidos/as egresados/as con madres serología positiva (HTLV-1):** se registra el total de recién nacidos/as vivos/as egresados/as cuyas madres presentan serología positiva a HTLV-1.

- **Recién Nacidos/as egresados/as con madres acogidas a la Ley Nº21.155 (Derecho a no amamantar)**(58)**:** se registra el total de recién nacidos/as vivos/as egresados/as cuyas madres se hayan acogido a su derecho de no amamantar según lo indica la ley Nº 21.155 (recordar que aquellas madres que se acogen a su derecho deben recibir consejería en lactancia materna y realizar firma de consentimiento informado).

- **Recién Nacidos/as egresados/as solo con fórmula láctea por encontrarse en proceso de protección o ser hijo/hija de madre con enfermedad grave con compromiso de conciencia:** se registra el total de recién nacidos/as vivos/as en proceso de protección, considerando a niños y

niñas con cualquier medida de protección social que considere lejanía con su madre biológica, tales como: ingreso al Servicio de Protección Especializada, proceso de adopción, traslado a familia de acogida, resguardo con otro familiar, entre otras similares. Así como hijos o hijas de madres con patología grave que involucre compromiso de conciencia, que, durante la hospitalización recibieron solo fórmula láctea no siendo posible establecer la lactancia materna.

Reglas de consistencia

R.1: El total de recién nacidos/as vivos/as egresados/as debe ser igual a la suma de todas las variables atribuidas al tipo de alimentación.

Sección F: Consulta de lactancia materna en Servicios Gineco-Obstétricos o de Neonatología

Definiciones conceptuales

Se entenderá por consulta de lactancia una la prestación de salud que realizan los profesionales 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 exclusiva o parcial.

Los objetivos de esta prestación son:

- Valorar integralmente el desarrollo y crecimiento del niño o la niña con foco en aquellos aspectos relacionados con la lactancia materna.
- 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 integrales basadas en evidencia que apoyen a la diada en el proceso de lactancia.
- Apoyar a la madre que alimenta con lactancia materna a su hijo o hija, de forma oportuna, a través de la adopción y refuerzo de las mejores técnicas y 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 del servicio Gineco-Obstétrico o de Neonatología.

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, pudiendo ser médico(a), matrón(a), enfermero(a) o nutricionista.

Reglas de consistencia

No presenta 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 el servicio Gineco-Obstétrico del establecimiento en los cuales se reúnen padres/madres/cuidadores de un recién nacido/a 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 exclusiva.

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 Gineco-Obstétrico del establecimiento, y también el número de participantes de los talleres.

Número de talleres de lactancia materna realizada en servicios Gineco-Obstétricos: Se registrará el total de actividades educativas grupales de lactancia materna realizada por un profesional de salud en el servicio, en las que se aborde exclusivamente esta temática o bien sea uno de los contenidos a considerar dentro del taller.

Número de participantes de talleres de lactancia materna realizada en servicios Gineco-Obstétricos: se registrará el total de personas que participaron de las actividades educativas, caracterizados según rango etario e indicando cuantos de los participantes pertenecen a pueblos originarios y cuántos de ellos son migrantes.

Número de padres o acompañantes significativos que participan en el Taller de Lactancia Materna realizados en Servicios Gineco-Obstétricos: se registra la participación del padre o acompañante significativo de la madre, en el taller de lactancia materna.

Regla de consistencia

R.1: El total de padres o acompañantes significativos que participa en el taller debe ser igual o menor que el total de participantes reportados.

Sección H: Tamizajes del recién nacido

Sección H.1: Pesquisa neonatal ampliada

Definiciones conceptuales

El Programa de Pesquisa Neonatal en Chile garantiza, como derecho para todos los recién nacidos/as (RN), la detección de Fenilcetonuria (PKU) e Hipotiroidismo Congénito (HC) desde el año 1992, expandiéndose a nivel nacional en 1998.

Considerando que, en la actualidad, el país enfrenta a nuevos desafíos sanitarios, el Ministerio de Salud (MINSAL) amplió el Programa de Pesquisa Neonatal, incorporando nuevas patologías cuya inclusión se fundamenta por su frecuencia, la gravedad de sus consecuencias, la factibilidad de realizar un diagnóstico precoz, el impacto preventivo del tratamiento oportuno y por la disponibilidad de dicho tratamiento en nuestro país.

Por lo anterior, a las dos patologías antes señaladas, se sumó la detección de otras 24: cuatro pesquisadas mediante fluorometría y veinte por espectrometría de masas (MS/MS). De acuerdo con lo señalado en la Norma Técnica Pesquisa Neonatal Ampliada, 2025(59).

Definiciones operacionales

Se deberá registrar el total de recién nacidos a los cuales se les tomó la muestra para tamizaje de Pesquisa Neonatal Ampliada (PNA).

Primeras muestras: Se registrará el total de recién nacidos a los cuales se les toma la primera muestra para M0 o M1 para la detección de Pesquisa Neonatal Ampliada, registrándose una única muestra por recién nacido/a, según el lugar en que esta sea obtenida, ya sea en puerperio-puericultura y neonatología cuidados básicos o neonatología UTI-UCI.

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 positivos: Se registrará el total de exámenes de PNA que sean reportados al establecimiento como positivos.

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 (PEATC 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 PEATC (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, EOAs 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.

Ambulatorio: Se registrará el total de recién nacidos a los cuales se les ha realizado el examen sin estar hospitalizados, en alguna de las Unidades, sino que acuden de forma ambulatoria. Desagregado por Total de recién nacidos tamizados, recién nacidos vivos que pasan y recién nacidos vivos que refieren.

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 (EOAs) 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 con 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

SECCIONES DEL REM-A.25

Sección A

Sección A.1: Población donante (CS-UTT-BS- CDD).

Sección A.2: Tipo de donantes con contraindicación. (CS-UTT-BS- CDD).

Sección A.3: Reacciones adversas a la donación (CS-UTT-BS - CDD).

Sección B: Ingreso de unidades de sangre a producción (CS-BS-CP).

Sección C: Elaboración de productos sanguíneos lábiles (CS -— CP - BS)

Sección C.1: Productos Componentes sanguíneos lábiles eliminados (CS - CP - BS)

Sección C.2: Productos Componentes sanguíneos lábiles eliminados (UTT)

Sección C.3: Productos Componentes sanguíneos lábiles transformados posterior al proceso productivociones (CS – BS - UTT)

Sección C.4: Componentes sanguíneos distribuibles (CS-CP).

Sección C.5: Insatisfacción stock óptimo (7 Días) CS- CP – BS - UTT.

Sección C.6: Insatisfacción stock critico (3 Días) CS – CP – BS - UTT.

Sección D: Componentes sanguíneos distribuidos (CS - CP) o transferidos (BS-UTT).

Sección D.1: Transfusiones (UTT-BS).

Sección E: Demanda glóbulos rojos para transfusión (UTT-BS).

Sección F: Reacciones adversas por acto* transfusional (UTT-BS).

Sección G: Inmunohematología.

Sección G.1: Clasificación sanguínea ABO-RhD (CS- CP -BS-UTT).

Sección G.2: Detección de anticuerpos irregulares (CS- CP -BS-UTT).

Sección G.3: Identificación de anticuerpos irregulares (CS- CP -BS-UTT).

Sección G.4: Pruebas cruzadas eritrocitarias (BS-UTT).

Sección G.5: Fenotipo eritrocitario (CS-BS- CP -UTT).

Sección G.6: Prueba de antiglobulina directa en pacientes (BS-UTT).

Sección H: Aféresis.

Sección H.1: Aféresis de donación (UTT- BS- CS - CDD).

Sección H.2: Aféresis terapéutica (UTT-BS)

El Ministerio de Salud la entidad responsable del gestionar un suministro suficiente de sangre para el país. Esto se realiza mediante distintos establecimientos que desarrollan procesos de Medicina Transfusional, denominados en su conjunto “Servicios de Sangre” y compuesto por unidades como los Centros de Sangre (cuatro en el país: Valparaíso, Metropolitano de Santiago, Concepción y Austral de Puerto Montt), casas del donante, Bancos de Sangre y Unidades de Terapia Transfusional (UTT) ubicadas dentro de hospitales y clínicas.

Además, existen sitios fijos intrahospitalarios de donación de sangre en el país, dependientes de los 29 Servicios de Salud. 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. También existen Bancos de Sangre privados, pertenecientes a instituciones de salud privadas e institucionales que, de igual manera, se rigen por las normativas establecidas por MINSAL.

Definiciones Generales

Casa del Donante (CDD): Una casa del donante corresponde a una construcción en medio urbano, visible y de fácil acceso destinada a la atención de donantes de sangre y de aféresis del sistema de salud público, ubicada fuera del recinto hospitalario. Dependiente de un servicio de salud o un centro de sangre, se rige técnicamente por las directrices y normas ministeriales y sus donaciones son coordinadas con el centro de sangre de su macro red o el centro productor, según cuadro de mando nacional.

Sitio fijo intrahospitalario de donación: Lugar destinado a la atención de donantes de sangre del sistema de salud público ubicado en un hospital de alta o mediana complejidad, dependiente administrativamente de un hospital. Realiza las mismas actividades de una casa del donante. Se constituye como un espacio independiente de la Unidad de Terapia Transfusional.

Red de elaboración de productos sanguíneos lábiles: Es una red de establecimientos altamente especializados en procesos de calificación biológica (microbiológica e inmunohematológica) de las donaciones de sangre, producción y procesamiento de productos sanguíneos lábiles. Estos centros operan bajo una lógica de abastecimiento regional o macrorregional geográfica, definida por el Plan Nacional de Sangre del Ministerio de Salud.

Centro de Sangre (CS): Es un establecimiento extrahospitalario altamente especializado del Servicio Nacional 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, distribución, calidad y trazabilidad de los componentes sanguíneos entregados a las UTT de los diferentes establecimientos de salud públicos y privados que son parte de su red territorial. También puede cumplir otras funciones establecidas por MINSAL.

Centro Productor (CP): Sección dependiente de una UTT de un hospital de tercer nivel (ex alta complejidad), depende técnicamente del centro de sangre correspondiente a su territorio. Esta unidad es responsable de realizar el proceso de separación de componentes sanguíneos, almacenar y distribuirlos a otras UTT, según convenio.

Unidad de terapia Transfusional (UTT): Es una unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico de un establecimiento de salud público o privado, cuya función primordial es efectuar prestaciones de inmunohematología y terapia transfusional con indicación médica 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 de las unidades donadas, con el objeto de efectuar la terapia transfusional en el propio centro asistencial.

Depósito de componentes sanguíneos: Corresponde a un stock limitado de unidades de glóbulos rojos fenotipados y aptos para transfusión inmediata (sin pruebas de compatibilidad) en un establecimiento de la red asistencial, para condiciones de urgencia según protocolo.

Despacho nominativo: Corresponde a distribución de unidades de productos sanguíneos lábiles ya compatibilizados, asignados y etiquetados para un paciente específico, desde una UTT de mayor complejidad.

Sección A

Sección A.1: Población donante (CS-UTT-BS-CDD)

Definiciones conceptuales

- **Donante de sangre:** Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud, casa del donante o colecta móvil a donar sangre o un componente específico (donante de aféresis).

Tipos de donantes

- **Donante altruista nuevo:** Corresponde a la totalidad de Exámenes realizados a las donaciones provenientes de donantes personas que donan sangre 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 altruista nuevo:** Corresponde a personas que donan sangre 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 altruista repetido o fidelizado:** Corresponde a donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago o incentivo a cambio.

- **Donante de reposición o familiar:** Corresponde a personas que realizan su donación de sangre respondiendo las necesidades de sangre y/o productos sanguíneos de un paciente específico.

- **Donante Aceptado:** Persona que, de acuerdo con las normas establecidas y los criterios del proceso de entrevista y selección de donantes, 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 objetivo de colectar donaciones de tipo altruistas. La colecta puede realizarse en un lugar físico disponible dentro de una comunidad o en un vehículo especialmente acondicionado para estos fines.

Total, días de atención otorgados: Corresponde a la cantidad de días en que la unidad realizó atención a donantes.

Definiciones operacionales

En esta sección, se registra la cantidad de donantes aceptados para realizar la acción de donar sangre, clasificados por tipo de donación, sexo y rango etario.
Corresponde al número de donantes altruistas (nuevos y repetidos) y reposición aceptados en la entrevista médica, separados por sexo y rango etario correspondiente.

Los servicios de sangre que capturan los datos en esta sección y deberán reportar a través de códigos de establecimientos de salud y dirección de servicio de salud según corresponda.

Total, días de atención otorgados: en esta variable corresponde registrar, el total de días que la unidad otorgó atención a donantes dentro del mes. Al final el año el total de días de atención a donantes debe ser menor a 365 días.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección A.2: Tipo de donantes con contraindicación (CS – UTT – BS - CDD)

Definiciones conceptuales

Donante con contraindicación transitoria: Persona que, tras la entrevista de selección, evidencia una condición de salud en la cual la donación de sangre está contraindicada. 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 condición de salud en la cual la donación de sangre está contraindicada. Esta contraindicación le impide cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre por alguna causa definitiva o permanente.

La contraindicación transitoria y permanente, se aplica a todos los tipos de donantes de sangre.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar el número de donantes altruistas (nuevos y repetidos) y reposición contraindicados en forma transitoria y permanente en la entrevista médica, desagregados por rango etario y por sexo.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección A.3: Reacciones adversas a la donación (CS-UTT-BS - CDD)

Definiciones conceptuales

Reacciones Adversas a la Donación (RAD): Corresponde a cualquier reacción inesperada asociada a la donación de sangre, puede implicar:

Tabla Clasificación de complicaciones

Clasificación	Tipo	Subtipo
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
Complicaciones con síntomas generalizados	Reacción vasovagal (RVV)	• Sin pérdida de conciencia • Con pérdida de conciencia <60 segundos, sin complicaciones • Con pérdida de conciencia ≥ 60 segundos y / o convulsiones o incontinencia • Con lesión • Sin lesión • En el sitio de recolección • Fuera del sitio de recolección
Complicaciones relacionadas a la aféresis	Reacción al citrato	
	Hemólisis	
	Embolismo aéreo	
	Infiltración	
Reacción alérgica	Alergia local	

	Reacción alérgica generalizada (anafilaxia)	
Otras complicaciones graves a la donación de sangre	Síntomas agudos cardíacos	
	Infarto al miocardio	
	Paro cardiaco	
	Ataque isquémico transitorio	
	Accidente cerebrovascular	
	Muerte	
Otras complicaciones	Otras complicaciones no descritas anteriormente.	

Las definiciones técnicas de estos eventos adversos se encuentran disponibles en el Decreto exento N°38(60), 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”. La cual se encuentra disponible en línea(61).

Definiciones operacionales

Corresponde al registro de acontecimientos adversos a la donación de sangre, separados se acuerdo a:

- Clasificación
- Tipo
- Subtipo
- 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.

Quienes registran datos de actividad de los Servicios de sangre, corresponde a los establecimientos de salud con código DEIS, o mediante código asignado a la Dirección de los Servicios de Salud en el caso de 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.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección B: Ingreso unidades de sangre a producción (CS-BS-CP)

Definiciones conceptuales

Unidades de Sangre Apta: Aquellas unidades de sangre total materia primaria 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 materia primaria 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 total materia primaria que han sido clasificadas como aptas y no aptas para su ingreso al área de producción.

Los servicios de sangre que deben registrar en esta sección son los Centros de Sangre y centros productores y Banco de Sangre.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección C: Elaboración de productos sanguíneos lábiles (CS-CP-BS)

Definiciones conceptuales

Producto o componente sanguíneo lábil: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado) que puede prepararlo 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, centro Productor y Banco de Sangre.

Tabla producción según componente sanguíneo.

Producción	Descripción
Glóbulos Rojos	Desplamatizados
	Leucorreducidos
	Bolsa con Filtro
	Aféresis
Plaquetas	Estándar
	Leucorreducida Pool
	Leucodepletada Pool
	Aféresis
	Bolsa con filtro
Plasmas	Plasma Fresco Congelado Terapéutico
	Plasma Uso No Terapéutico
	Aféresis
Crioprecipitados	-----

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección C.1: Productos sanguíneos lábiles eliminados (CS-CP-BS)

Definiciones conceptuales

Productos o componente sanguíneo lábil: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Eliminación de productos sanguíneos lábiles: 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 es eliminado al obtener resultados reactivos en duplicado en las técnicas de calificación microbiológica 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 deben registrar en esta sección utilizando para ello los códigos de establecimientos o de SS según corresponda.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección C.2: Productos sanguíneos lábiles eliminados (UTT)

Definiciones conceptuales

Producto sanguíneo lábil: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Eliminación de productos sanguíneos lábiles: 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**: 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:** 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-CP 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 la eliminación de os componentes sanguíneos eliminados o devueltos al centro de sangre que no fueron utilizados en terapia transfusional en la Unidad de Terapia Transfusional. Se desagrega por tipo de componente sanguíneo y por causa de eliminación. El servicio de sangre que debe registrar en esta sección es la Unidad de Terapia Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección C.3: Productos sanguíneos lábiles transformados posterior al proceso productivo (BS-UTT)

Definiciones conceptuales

Producto sanguíneo lábiles: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Proceso de transformación de productos sanguíneos lábiles: Corresponde a aquel proceso que permite transformar o modificar la presentación inicial de un componente sanguíneo - en forma posterior al proceso productivo o en el almacenamiento –en un componente secundario o "especial", para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

- **Unidades pediátricas:** Unidades de componentes sanguíneos alicuotados para uso neonatal y 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 posteriores a producción:** Unidades de componentes sanguíneos sometidos a filtración o en forma posterior a proceso productivo o al lado de la cama del paciente (bedside), para su uso terapéutico en determinadas patologías o pacientes.

Definiciones operacionales

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Bancos de Sangre y las Unidades de Terapia Transfusional.

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.

La irradiación de componentes sanguíneos sólo puede ser registrada por las Unidades de Terapia Transfusional que NO disponen de equipos irradiadores de componentes sanguíneos y realizan subcontratación del servicio o utilizan acelerador lineal.

Considerar que, cada alícuota pediátrica se contabiliza como 1 unidad.

Recordar que, no es técnicamente correcto realizar la filtración de plasmas y crioprecipitados en forma posterior al proceso productivo por lo que las celdas se encuentran bloqueadas para registro.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección C.4: Componentes sanguíneos distribuibles (CS-CP)

Definiciones conceptuales

Producto sanguíneo lábil: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado).

Para efectos de contabilizar en esta sección, considerar:

Proceso de transformación de productos sanguíneos lábiles durante el proceso productivo: Corresponde a aquel proceso que permite transformar o modificar la presentación inicial de un componente sanguíneo -durante el proceso productivo o en el almacenamiento previo a la distribución– en un componente secundario o "especial" para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

- **Unidades pediátricas**: Unidades de componentes sanguíneos alicuotados para uso neonatal y 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 desde su extracción (origen de la donación). También corresponde considerar los componentes filtrados mediante utilización de filtros anexos durante el proceso productivo), previo al proceso de distribución hacia UTT, para su uso terapéutico en determinadas patologías o pacientes.

Definiciones operacionales

En esta sección corresponde registrar el número total de componentes sanguíneos aptos según tipo y unidad para su distribución. Cada alícuota pediátrica se contabiliza como 1 unidad.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre y Centros Productores.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección C.5: Insatisfacción de stock óptimo (7 Días) CS – CP – BS - UTT

Definiciones conceptuales

Gestión de Stock o Almacenamiento: Sistema utilizado por los Servicios de sangre para administrar la oferta y demanda de productos sanguíneos lábiles 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.

Número de días bajo stock óptimo: Cantidad de días calendario en los cuales el conteo de unidades de GR se encuentra bajo el stock óptimo definido para el año en curso. Sugerencia de horario de medición: 8am o inicio del día.

Insatisfacción de stock de componentes sanguíneos: Se refiere a la situación en la que la demanda de productos sanguíneos lábiles no puede ser satisfecha de manera oportuna, suficiente o adecuada debido a disponibilidad limitada de productos en el banco o centro de sangre. Es la discrepancia entre la necesidad de componentes sanguíneos y la capacidad real del stock disponible para cubrir esos requerimientos, lo que puede generar retrasos, sustituciones no ideales, suspensión de procedimientos o riesgos en la atención de pacientes.

Definiciones operacionales

En esta sección corresponde registrar el número total de días del mes en curso en que el stock de GR de grupos sanguíneos O (+), A (+), B (+), O (-) y A (-) se encuentra bajo la cantidad designada y calculada según fórmula como óptima para una determinada UTT, CP, CS o BS.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los centros de sangre, centros productores, bancos de sangre y unidades de terapia transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección C.6: Insatisfacción Stock Crítico (3 días) CS -CP-BS-UTT

Definiciones conceptuales

Gestión de Stock o Almacenamiento: Sistema utilizado por los Servicios de sangre para administrar la oferta y demanda de 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 crítico: Corresponde a aquella cantidad mínima de componentes sanguíneos almacenados que permite cubrir las necesidades transfusionales de un establecimiento durante 3 días corridos.

Número de días bajo stock crítico: Cantidad de días calendario en los cuales el conteo de unidades de GR se encuentra bajo el stock crítico definido para el año en curso. Sugerencia de horario de medición: 8am o inicio del día.

Insatisfacción de stock de componentes sanguíneos: Se refiere a la situación en la que la demanda de productos sanguíneos lábiles no puede ser satisfecha de manera oportuna, suficiente o adecuada debido a disponibilidad limitada de productos en el banco o centro de sangre. Es la discrepancia entre la necesidad de componentes sanguíneos y la capacidad real del stock disponible para cubrir esos requerimientos, lo que puede generar retrasos, sustituciones no ideales, suspensión de procedimientos o riesgos en la atención de pacientes.

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 y calculada según fórmula como crítica para una determinada UTT, CS, CP o BS.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son las Unidades de terapia transfusional, centros de sangre, centros productores y bancos de sangre.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección D: Componentes sanguíneos distribuidos (CS-CP) o transferidos (BS y UTT)

Definiciones conceptuales

Producto sanguíneo lábil: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Para efectos de contabilizar en esta sección, considerar:

Distribución de productos sanguíneos lábiles: Corresponde al proceso que realiza un centro de sangre o centro productor, que permite distribuir o movilizar un componente sanguíneo hacia un nuevo destino para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

Transferencia de productos sanguíneos lábiles: Corresponde al proceso que realiza una UTT o BS y que permite transferir o movilizar un componente sanguíneo hacia un nuevo destino para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar el número total de unidades distribuidas (si es CS o CP) o transferidas (si es BS o UTT), según lugar de destino y tipo de componente sanguíneo. Cada alícuota pediátrica se contabiliza como 1 unidad.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección D.1: Transfusiones (UTT - BS)

Definiciones Conceptuales

Producto sanguíneo lábil: Constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado)

Transfusión de productos sanguíneos lábiles: Según definición de OMS, es la administración directa de sangre o componentes sanguíneos (como glóbulos rojos, plaquetas o plasma) a un paciente a través de una vena, para tratar deficiencias esenciales o pérdidas sanguíneas significativas Se realiza bajo indicación médica durante el día (rutina) o en forma urgente (urgencia, pabellón) para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

Unidades de concentrados de glóbulos rojos transfundidos: Corresponde al número de unidades de concentrados de glóbulos rojos transfundidas a un paciente menor o mayor de 18 años de edad. La unidad de glóbulos rojos a transfundir puede encontrarse en su condición primaria o estándar(sin modificación) o puede haber sido sometida a una transformación secundaria (irradiación o filtración).

Unidades de plaquetas o concentrados plaquetarios transfundidos: Corresponde al número de unidades de concentrados plaquetarios transfundidos a un paciente menor o mayor de 18 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 con los requerimientos clínicos de los pacientes, encontrarse en su condición primaria (sin modificación), así como también pueden disponer transformaciones secundarias como irradiación y/o filtración. Por definición, los concentrados plaquetarios o pool de plaquetas obtenidos mediante procedimientos de aféresis se consideran filtrados.

Unidades de plasmas: Corresponde al número de unidades de plasma de uso terapéutico transfundidos en pacientes menores o mayores de 18 años. La unidad de plasma transfundida debe ser en condiciones estándar, sin ser sometida a transformación (irradiación y/o filtración) ya que no se consideran técnicamente pertinentes.

Concentrados de crioprecipitado: Corresponde al número de unidades de concentrados de crioprecipitados transfundidos a un paciente menor o mayor de 18 años. La unidad de crioprecipitado transfundida debe ser en condiciones estándar, sin ser sometida a transformación (irradiación y/o filtración) ya que no se consideran técnicamente pertinentes.

Definiciones operacionales

En esta sección, corresponde registrar cantidades unitarias (no dosis) de productos sanguíneos lábiles destinados a terapia transfusional, según tipo de componente sanguíneo, desglosando el registro de acuerdo con la clasificación de las unidades transfundidas en su condición primaria (estándar) o transformaciones secundarias, como irradiación y/o filtración, y según rango etario.

Los servicios de sangre que deben registrar su producción en esta sección son aquellos que realizan prestaciones de terapia transfusional directo con el paciente, es decir, los Bancos de Sangre y las Unidades de Terapia Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección E: Demanda glóbulos rojos para transfusión (UTT - BS)

Definiciones conceptuales

Demanda de glóbulos rojos para transfusión: corresponde a la cantidad total de unidades de glóbulos rojos, indicadas por medio de una solicitud médica escrita de transfusión.

Unidades solicitadas: corresponde registral el 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: corresponde registrar el 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 aquellos que se realizan en terapia transfusional, es decir, los Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección F: Reacciones adversas por acto transfusional (UTT-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 de componentes sanguíneos, 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 y que se desarrolla por la administración de componentes sanguíneos.

Los tipos de reacciones adversas que se pueden originar son:

Tipo de complicación	Origen	Tipo
Complicaciones agudas	**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
	No inmunológico	Contaminación bacteriana.
		Sobrecarga circulatoria.
		Hemólisis no inmune
	Inmunológico	Reacción hemolítica retardada

Complicaciones retardadas		Aloinmunización frente a antígenos eritrocitarios
		Púrpura post transfusional (PTT)
		Enfermedad injerto contra huésped post transfusional (EICHT)
	No Inmunológico	Hemosiderosis/hemocromatosis inducida por la transfusiónonal
		Transmisión de priones: variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ).
		Formación de inhibidores
		Septicemia
		Transmisión de VIH post transfusional
		Transmisión de VHC post transfusional
		Transmisión de VHB post transfusional
		Transmisión de otro virus post transfusional
		Malaria/Paludismo. post transfusional
		Otras infecciones parasitarias post transfusional (incluye Sífilis y Chagas)

La supervisión clínica de los pacientes en sala y el manejo primario de las RAT, junto al estudio de imputabilidad de la transfusión en el evento adverso o evento centinela priorizado (ECPPRI) es responsabilidad de un equipo de profesionales (clínico-técnico) multidisciplinario del establecimiento, según normativas de calidad y seguridad vigentes.

El registro de las RAT en REM es responsabilidad del equipo técnico de la Unidad de Terapia Transfusional, una vez que el estudio correspondiente haya sido realizado.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar el número de reacciones transfusionales por acto transfusional, según tipo de componente sanguíneo y tipo de reacción adversa. Incluir reacciones a crioprecipitados en columna plasma. Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son aquellos que realizan terapia transfusional, es decir, los Bancos de Sangre y las Unidades de terapia Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección G: Inmunohematología

Definiciones conceptuales

Corresponde registrar las prestaciones de inmunohematología realizadas a donantes de sangre y a pacientes, considerando gestantes como pacientes. Es importante mencionar que quien ejecuta la prestación (o examen) tiene la responsabilidad de registrar en REM.

Definición operacional

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Centros productores, Bancos de Sangre y las Unidades de terapia Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección G.1: Clasificación sanguínea ABO-RhD (CS-CP- BS-UTT)

Definiciones conceptuales y operacionales

Corresponde registrar número total de prestaciones de Inmunohematología clasificación sanguínea ABO RhD realizadas según fenotipo y si corresponde a donantes de sangre, pacientes considerando hospitalizados, ambulatorios y gestantes.

Registrar los siguientes FENOTIPOS posibles:

- O RhD+
- O 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, Centros productores, Bancos de Sangre y las Unidades de terapia Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección G.2: Detección de anticuerpos irregulares (CS-CP-BS-UTT)

Definiciones conceptuales y operacionales

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología “detección de anticuerpos irregulares” realizada a donantes de sangre y a pacientes hospitalizados, ambulatorios y gestantes.

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 presenta regla de consistencia.

Sección G.3: Identificación de anticuerpos irregulares (CS-BS-UTT)

Definiciones conceptuales y operacionales

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología detección de anticuerpos irregulares realizada a donantes de sangre, pacientes (hospitalizados, ambulatorios) y gestantes.

Registrar resultados por sistema hallado e indicando la especificidad del anticuerpo identificado:

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Bancos de Sangre y las Unidades de Medicina Transfusional.

SISTEMA	ANTICUERPO
MNS	M
	N
	S
	s
P1PK	P1
Rh	D
	C
	E
	C
	E
LUTHERAN	Lua

	Lub
KELL	K
	K (cellano)
	Kp^a
LEWIS	Le^a
	Le^b
DUFFY	Fy^a
	Fy^b
KIDD	Jk^a
	Jk^b
DIEGO	Di^a
	Di^b
NO CONCLUYENTE	----
OTROS	-----

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección G.4: Pruebas cruzadas eritrocitarias (BS - UTT)

Definiciones conceptuales y operacionales

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología pruebas cruzadas eritrocitarias realizada pacientes (hospitalizados, ambulatorios y otros).

Registrar por resultados Pruebas Cruzadas:

- Compatible (Negativo)
- Incompatible (Positivo)

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son aquellos que realizan terapia transfusional, es decir, los Bancos de Sangre y las Unidades de terapia Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección G.5: Fenotipo eritrocitario (CS-BS-CP-UTT)

Definiciones conceptuales y operacionales

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología fenotipo eritrocitario realizado a donantes de sangre y pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Registrar resultados por sistema hallado e indicando el Fenotipo:

Sistema	Fenotipo
Rh	DCce
	DCe
	DCcEe
	Dce
	DcEe
	DcE
	DCEe
	DCcE
	DCE
	ce
	Cce
	cEe
	CcEe
KELL	K-k+
	K+k+
	K+k-
DUFFY	Fy(a+b-)
	Fy(a+b+)
	Fy(a-b+)
	Fy(a-b-)
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, centros productores, Bancos de Sangre y las Unidades de terapia Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección G.6: Prueba de antiglobulina directa en pacientes (BS-UTT)

Definiciones conceptuales y operacionales

Corresponde registrar las prestaciones de Inmunohematología prueba de antiglobulina directa realizada a pacientes hospitalizados, ambulatorios y gestantes.

Registrar cada prestación de Prueba De Antiglobulina Directa según antisuero utilizado:

- Poliespecífico
- Monoespecífico IgG
- Monoespecífico 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 aquellos que realizan terapia transfusional, es decir, los Bancos de Sangre y las Unidades de terapia Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección H: Aféresis (UTT-BS-CS-CDD)

Corresponde a las prestaciones de aféresis de donación realizada en donantes de sangre, sin diferenciación de altruista y reposición y aféresis terapéutica en pacientes hospitalizados en unidades de pacientes críticos.

Los servicios de sangre que debe registrar en esta sección son los Centros de Sangre, Casas del donante, Bancos de Sangre y las Unidades de terapia Transfusional.

Sección H.1: Aféresis de donación (BS-UTT-CS-CDD)

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 terapia Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección H.2: Aféresis terapéutica (UTT-BS)

Definiciones conceptuales y operacionales

Corresponde registrar las prestaciones de aféresis terapéutica 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 aquellos que atienden pacientes directamente, es decir, los Bancos de Sangre y las Unidades de terapia Transfusional.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

REM A26: ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y EN OTROS ESPACIOS

SECCIONES DEL REM-A.26

Sección A: Visitas domiciliarias integrales a familias (Establecimientos APS)

Sección A.1: Visitas domiciliarias integrales a personas con dependencia severa y sus cuidadores

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 inasistentes

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

Sección H: Actividades extramurales (excluye secciones y subsecciones A, B y C)

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.

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 con 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 con 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 Integral (VDI) que se realiza a la persona en situación de dependencia severa, su cuidador y su entorno, para su valoración integral en el domicilio, dando origen a un plan de acción definido en conjunto entre el equipo de salud y la persona sujeta de cuidado y su cuidador/a, con objetivos específicos que comandan las acciones promocionales, preventivas, terapéuticas y de coordinación intersectorial a realizar.

La condición de dependencia severa se asocia a la puntuación obtenida en el índice de Barthel (35 puntos o menos) y en casos particulares a la certificación por medico (niños de 6 años y menos y personas con deterioro cognitivo que requieran asistencia permanente).

El Plan de Cuidado Integral, debe ser realizado según plantea el MAIS y la Estrategia de Cuidado Integral, teniendo en cuenta las necesidades de cuidado de salud, las capacidades y expectativas presentadas por la persona con dependencia severa y su familia, definiendo acciones que permitan el cuidado integral de salud, la continuidad del cuidado y la atención centrada en la persona, promoviendo el ejercicio de su autonomía y la toma de decisiones informadas.

El programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa (PADDS), apunta al cuidado integral de la persona con dependencia y su cuidador. Las visitas domiciliarias integrales se deben desarrollar en forma continua según se establezca en el Plan de Cuidados o, de acuerdo con nuevas necesidades que impliquen la reevaluación del estado de salud de la persona sujeto de cuidado y/o del cuidador. El PADDS considera como mínimo la realización de 2 visitas domiciliarias integrales al año, para la evaluación de la persona con dependencia y su cuidador, la respectiva actualización del plan de cuidados integrales y entrega de otras acciones atingentes al estado de salud.

Definiciones operacionales

Se deben registrar en esta sección la VDI de ingreso y la primera, segunda y tercera o más VDI según lo planteado en las definiciones conceptuales y, caracterizando las VDI de acuerdo con la condición asociada a la presencia de dependencia severa y rango etario de quien motiva la visita domiciliaria integral como caso índice, es decir, de la persona con dependencia, de acuerdo con las siguientes definiciones:

A familia con persona en PADDS, por condiciones asociadas a la dependencia severa, indicando si corresponde a:

- Familia con integrante con dependencia severa con diagnóstico de demencia.
- Familia con integrante con dependencia severa con etapa terminal (excluye estadios avanzados de demencia que se registran en fila anterior)
- Familia con integrante con dependencia severa sin diagnóstico de demencia y/o que no se encuentra en etapa terminal

A familia con persona en PADDS, por rango etario de la persona con dependencia severa:

- 0-9 años
- 10-14 años
- 20-64 años
- 65 y más años

Las VDI realizadas a familias con integrantes con dependencia severa, tendrán registro de acuerdo con las siguientes definiciones operacionales

VDI de Ingreso al PADDS: La actividad de ingreso al programa se realiza a través de la VDI de ingreso para evaluación integral de la persona, valoración de la situación de dependencia, el contexto familiar y de vivienda, evaluación del cuidador e información respecto al programa y la organización de las atenciones de salud. En esta primera visita del PADDS, se realiza el Plan de Cuidado Integral

Las visitas domiciliarias integrales se deben desarrollar en forma continua según se establezca en el Plan de Cuidados o, de acuerdo con nuevas necesidades que impliquen la reevaluación integral del estado de salud de la persona sujeto de cuidado y/o del cuidador.

Primera, segunda y tercera o más VDI: Se consignarán en el registro de acuerdo con el año calendario como primera VDI, segunda VDI o tercera o más VDI. Esto significa que, desde el mes de enero de cada año, en usuarios ya ingresados al programa, se contabilizaran en orden cronológico las visitas y se registraran según el orden en que se realizan.

En las visitas domiciliarias integrales posteriores a la visita de ingreso, corresponde la evaluación integral de la persona con dependencia severa y la actualización consensuada del plan de cuidados, según las condiciones, necesidades y expectativas identificadas en estas VDI. En estas visitas se realiza la reevaluación del nivel de dependencia según el cambio en las condiciones de salud, teniendo en

consideración que el nivel de dependencia puede ser modificado de acuerdo con las intervenciones terapéuticas o proceso propio de salud asociado a las condiciones presentes, tanto crónicas como agudas.

En el caso de personas que durante el año calendario, hayan recibido la VDI de ingreso, la siguiente VDI se registrará como segunda VDI, no correspondiendo el registro en un mismo año calendario de VDI de ingreso y primera VDI.

Respecto a las acciones desarrolladas como parte de las VDI, se registran:

Elaboración de Plan de Cuidado Integrales: Corresponde a la formulación de un Plan de Cuidado en la **VDI de ingreso al PADDS,** en acuerdo con la persona con dependencia severa y su cuidador, de acuerdo con los objetivos planteados por la persona, los resultados de la valoración integral y las expectativas y capacidades presentes en la familia y en la red de salud e intersector local. Este plan debe contar con objetivos claros y conocidos por la familia, medibles y logrables mediante la ejecución de las actividades del plan de cuidado por parte del equipo de salud y persona con dependencia, cuidador y familia (según corresponda).

Evaluación y actualización de Planes de Cuidado: Corresponde a la evaluación integral de la persona con dependencia severa y la actualización del Plan de Cuidado, a realizar en las VDI primera, segunda y tercera o más. En esta evaluación se incluirá la valoración de la dependencia, cuando las condiciones de salud o la severidad de estas cambien aumentando o disminuyendo el nivel de dependencia. En esta acción se evalúa también el grado de avances del Plan de Cuidado, revisando el nivel de cumplimiento de actividades y compromisos acordados y definiendo propuestas frente al incumplimiento o logro parcial de los objetivos.

Esta actualización del Plan corresponde formular ajustes vinculados a la condición de salud de la persona con dependencia, a la modificación de objetivos o a otras situaciones que aparezcan durante la permanencia en el PADDS. Estos ajustes deben realizarse siempre en consenso con la persona sujeto de cuidado, cuidador y familia según corresponda.

Elaboración Plan de Cuidados al Cuidador: Corresponde a la formulación de un Plan de Cuidado al Cuidador, de acuerdo con la valoración integral realizada en la **VDI de ingreso al Programa.** Incluye en su formulación los resultados de la valoración de sobrecarga con el test de Zarit y las medidas asociadas a la prevención y/o manejo de la sobrecarga. Consigna los objetivos respecto a las herramientas para el cuidado de la persona con dependencia y también incluye los relativos al propio cuidado de la salud, guiados por los objetivos planteados por el cuidador o cuidadora.

En el caso de cuidadores que no sean población a cargo del centro de salud, se deberá realizar de todas formas un Plan de Cuidado al Cuidador, vinculándolo principalmente a la orientación respecto al cuidado de su salud y las implicancias del cuidado, la necesidad de acceder a atención y control de salud y la valoración y abordaje de la sobrecarga.

Evaluación y actualización Plan de Cuidados a Cuidador: Corresponde a la valoración integral y actualización del Plan de Cuidado al Cuidador realizada en la primera, segunda o tercera o más VDI. En

esta evaluación se incluirá la valoración de la sobrecarga del cuidador y el grado de cumplimiento o logro de los objetivos y actividades comprometidas a realizar en el Plan de Cuidado, definiendo propuestas frente al incumplimiento o logro parcial de los objetivos.

Esta actualización del Plan de Cuidados al Cuidador apunta a formular ajuste relativos a la permanencia en el cuidado, eventuales modificaciones en las necesidades de asistencia presentadas por la persona sujeto de cuidado u otras emergentes que aparezcan durante la permanencia en el PADDS tanto en la persona sujeto de cuidado como en el cuidador.

Respecto a las Visitas Domiciliarias Integrales se debe, además, registrar aquellas realizadas con las siguientes características:

- Realizadas a personas en PADDS correspondientes a población migrante
- Realizadas a personas en PADDS perteneciente a pueblos originarios
- Realizadas a personas en PADDS atendidas por la Estrategia de Cuidados Integrales (ECICEP)
- Realizadas a personas en PADDS residentes en Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM u otro similar).

Reglas de consistencia

R.1: El número total de VDI por condiciones asociadas a dependencia severa debe ser igual al número de VDI por rango etario

R.2: Un usuario en el programa puede tener sólo una VDI de Ingreso a PADDS.

R.3: El número de Planes de Cuidado Integral no puede ser mayor al número de VDI de ingreso a PADDS.

R.4: El número de Planes de Cuidado al Cuidador no puede ser mayor al número de VDI de ingreso a PADDS.

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 destinada a realizar una investigación epidemiológica del caso índice o a los contactos/expuestos de una enfermedad bajo vigilancia, de un evento emergente o de riesgo para la población.

Esta visita implica acciones como: entrevista epidemiológica, inspección del lugar, registro de formularios manual o electrónico, notificación e informe.

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).

Visita epidemiológica: Corresponde registrar el número de visitas realizadas en el contexto de lo señalado en las definiciones conceptuales, se debe indicar el lugar o contexto de la visita, como lo son: lugar de trabajo, colegio, sala cuna y jardines infantiles; o grupo comunitario. Además de indicar si la visita epidemiológica fue realizada por un Profesional/Técnico, Dos o Más Profesionales/ Técnicos. Una investigación poder implicar más de un lugar o contexto (Ej. Hantavirus, visita al domicilio y al lugar de trabajo).

Regla de consistencia

R.1: El número Visita Epidemiológica no debe ser consistente con el número s visitas según lugar o contexto de la visita

R.2: No es necesario que el número de visitas Epidemiológicas dirigidas o con participación de grupos específicos sumen el total de visitas epidemiológicas, ya que una visita epidemiológica puede involucrar más de un grupo especifico.

Sección C: Visitas con fines tratamientos y/o procedimientos en domicilio a personas con dependencia.

Definiciones conceptuales

Corresponde a las atenciones entregada por integrantes 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 u otras, 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, idealmente, 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, o por requerimientos de atención de morbilidad.

En el caso de las visitas a personas pertenecientes al PADDS, corresponden a visitas que se desarrollan de acuerdo con el Plan de Cuidado Integral u otras acciones a solicitud de la familia y/o el equipo del centro de salud. Algunas de ellas son:

- **Atención odontológica:** Es la atención profesional otorgada por odontólogo en el domicilio de la persona con dependencia que incluye anamnesis, examen de salud bucal, hipótesis diagnóstica, con o sin entrega de medidas terapéuticas.
- **Atención farmacéutica:** Es la atención profesional otorgada por el Químico Farmacéutico, en el domicilio del paciente que 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 de podología**: 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.
- **Atención nutricional a personas con indicación de NED:** Realizada por profesional Nutricionista para 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. Esta 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.

Otra prestación que se realiza en domicilio en contexto del PADDS corresponde a la Entrega de fármacos y/o alimentos en domicilio 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 con curso de vida y condición de salud, definidas en normativa vigente.

Seguimiento remoto PADDS: Cabe señalar que no corresponde a una visita, sin embargo, es una actividad exclusiva del PADDS y corresponde a toda actividad de acompañamiento a distancia que realiza el equipo de salud para seguimiento y acompañamiento de la persona con dependencia y su cuidador, de acuerdo con actividades de Plan de Cuidado y otros requerimientos que puedan surgir (condiciones agudas, descompensaciones u otras en que además de la valoración y atención presencial se requiera el seguimiento remoto).

Definiciones operacionales

En esta sección se registra el número de visitas realizadas según tipo de dependencia de las personas y según profesional que la realiza: Médica/o, Odontóloga/o, Química/o Farmacéutica/o, Enfermera/o, Kinesióloga/o, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudióloga/o, Psicóloga/o, Nutricionista, Trabajador/a Social, Técnico de Enfermería u otro (podóloga/o, administrativos, facilitadores, etc.).

Se deben considerar las atenciones en domicilio destinadas a realizar procedimientos y tratamientos terapéuticos, aun cuando en ellas se efectúen acciones preventivas y de consejería. Se registrarán cada vez que se realicen.

Para el registro de Seguimiento Remoto y Entrega de Fármacos y/o Alimentos no corresponde registrar si la persona tiene un diagnóstico oncológico o no oncológico.

El registro debe indicar si la visita fue realizada en:

- Realizadas a personas en PADDS correspondientes a población migrante.
- Realizadas a personas en PADDS perteneciente a pueblos originarios.
- Realizadas a personas en PADDS atendidas por la Estrategia de Cuidados Integrales (ECICEP).
- Realizadas a personas en PADDS residentes en Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM u otro similar).
- Realizadas a personas en PADDS con indicación de nutrición enteral domiciliaria (NED).

Regla de consistencia

R.1: Visitas realizadas por más de un integrante del equipo de salud, se registran de acuerdo con los integrantes que participan en la visita para resguardo de acciones realizadas por cada estamento.

R.2: El total de atenciones realizadas a personas pertenecientes a Pueblos Originarios, Migrantes, en ECICEP, residente de ELEAM, con indicación de NED, debe ser menor o igual al total.

Sección D: Rescate de pacientes inasistentes

Definiciones conceptuales

En esta sección se registra la actividad que se realiza para reincorporar a los pacientes que han permanecido inasistentes en los diferentes programas de control que el establecimiento desarrolla.

Respecto a la población infantil (0 a 9 años), se considera un niño o niña inasistente a control de salud infantil a aquellos que no acudieron a su último control sano en la fecha que estaban citados y que se encuentran en los plazos máximos de inasistencia según edad.

Definiciones operacionales

Rescate en domicilio: En estas columnas se debe registrar el número de rescates de pacientes en 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 presenta 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 visitas realizadas no puede ser superior al total de niños/as visitados/as.

Sección G: Consultas y controles de especialidad resueltas por visitas domiciliarias

Definiciones conceptuales y operacionales

Es una modalidad de prestación de salud en domicilio (atención ambulatoria), 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 presenta reglas de consistencia.

Sección H: Actividades extramurales (excluye secciones y subsecciones A, B y C)

Definiciones conceptuales

Actividades extramurales: Corresponde a las actividades que se realizan en operativos fuera del establecimiento de salud, entendiéndose como límite del establecimiento el cierre perimetral. También se les denomina como "operativos de salud".

Operativos: Actividades de carácter masivo, con temporalidad definida, que reúne a la población en un lugar definido para ser atendido por equipo de salud que entrega prestaciones específicas.

Tipo de actividad en Operativos

Examen de Medicina Preventiva en mayores de 15 años: Corresponde a las actividades contenidas en el 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.

Controles de salud: Corresponden a las actividades presenciales realizadas 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. Se encuentran dentro del marco de los programas de la atención primaria, y consideran las diferentes etapas durante el ciclo vital de las personas.

Consultas de salud: Corresponde a las actividades presenciales realizadas en APS, tanto por profesionales médicos como no médicos, para la resolución de problemas de salud.

Toma de muestra de exámenes: Corresponde a las acciones destinadas exclusivamente a la toma de muestra de exámenes de laboratorio, sin otras acciones asociadas (controles, examen de medicina preventiva), independiente del lugar de procesamiento, destinados a la pesquisa o control de enfermedades. Incluye test rápido.

Vacunación: Corresponde a operativos de vacunación, programática o de campaña.

Definiciones operacionales

Se deben registrar el número de operativos realizados (independiente del número de personas atendidas). El número de personas atendidas se deben desagregar por rango etario y sexo biológico, según tipo de operativo, excepto en el caso de los operativos de vacunación, donde sólo se registra el total de dosis administradas.

Cuando se realizan varios operativos el mismo día en distintos lugares, el registro dependerá del diseño de la actividad:

- Si se trata de operativos distintos, con objetivos diferentes, se debe registrar cada uno por separado.
- Si es un único operativo que contempla la visita a varios establecimientos para atender a una población definida, se registra como un solo operativo.

Es importante considerar que los operativos tienen una duración definida y variable. Por lo tanto, deben registrarse según lo planificado. Si se planifica un operativo de una semana, este debe registrarse como un único operativo, independientemente del número de sesiones que se realicen durante ese período.

No se consideran operativos, las visitas domiciliarias.

Reglas de consistencia

R.1: El total de personas atendidas debe ser mayor al número de actividades realizadas.

R.2: Los controles de salud registrados en esta sección, deberán estar contenidos en el REM A 01.

R.3: Los exámenes de Medicina Preventiva en mayores de 15 años registrados en esta sección, deberán estar contenidos en el REM A 02.

R.4: Las consultas de salud registradas en esta sección, deberán estar contenidos en el REM A 04.

REM A27: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Secciones REM A.27

Sección A: Personas que ingresan a educación grupal, según áreas temáticas y edad.

Sección B: Actividades de educación para la salud, según personal que las realiza (Sesiones).

Sección C: 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.

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.

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, Programa adolescente, Programa IRA-ERA, Dental, Alcohol y Drogas, Salud mental, violencia entre otros.

Taller Prevención Violencia de Género: estrategia pedagógica y participativa que busca generar conciencia crítica, promover el cambio de actitudes y fortalecer habilidades sociales en grupos de personas, con el fin de prevenir y erradicar las distintas formas de violencia basadas en el género.

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.

Educación Prenatal (Nutrición - Lactancia - Crianza - Autocuidado - Preparación Parto y Otros): Los talleres prenatales consisten en cuatro sesiones en la Atención Primaria de Salud (APS) y una sesión en la Maternidad, que se deben intercalar con los controles de salud de la gestante. Los talleres prenatales participativos, son parte de la atención humanizada al embarazo, respetando desde un principio a la mujer y su acompañante, además de prepararla con conocimiento para ejercer una autonomía informada y responsable en torno a sus derechos sexuales y reproductivos.

La educación grupal, durante la gestación y el nacimiento, se compone de tres herramientas: Manual de talleres prenatales en la APS, Serie de 14 videos Mamá Activa (actividad y ejercicios perinatales) y Rotafolio de educación prenatal (para equipos y familias durante la gestación y el nacimiento); los cuales deben ser utilizados para llevar a cabo la educación prenatal en cada sesión.

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.

Promoción del Desarrollo Infantil Temprano: Estos talleres son un espacio de construcción colectiva, donde una de sus características más importantes es transferir conocimientos y técnicas acerca de la estimulación temprana a los participantes, combinando teoría y práctica alrededor de un tema principal y de interés para el grupo de familias participantes. Asimismo, se comparten y discuten aspectos a incorporar en la rutina cotidiana para la estimulación temprana y la detección precoz de alteraciones en el desarrollo de los hijos e hijas.

Está dirigido a niños y niñas hasta de un año y sus madres, padres y/o cuidadores/as, quienes vivencia una sesión conjunta. Mediante la participación de los integrantes en las diversas actividades, el modelaje por parte de los profesionales y en el espacio de conversación grupal, se fortalece a los adultos como protagonistas en el desarrollo sano e integral de sus hijos e hijas, en habilidades de promoción de cuidados para el bienestar, seguridad emocional y consuelo efectivo.

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 prosociales, 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. Este 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.

Capacitación del PADDS:

Las personas cuidadoras del PADDS deben recibir anualmente actividades de capacitación ajustadas a sus necesidades como cuidadores, a las necesidades del cuidado de la persona con dependencia severa y al acceso a la red de beneficios disponibles, entre otras.

Para la planificación de estas actividades se considerarán, los resultados de la valoración integral de personas cuidadoras y personas con dependencia severa, los requerimientos de apoyo en cuanto a conocimiento, herramientas y estrategias tanto para el cuidado de la persona con dependencia severa, como para el autocuidado de la persona cuidadora y la red intersectorial de servicios que apoyan a esta población, dando cuenta de aspectos claves de una planificación participativa. Estas actividades se encuentran contenidas dentro del Plan de Cuidados al Cuidador, como parte integrante de sus actividades, no correspondiendo a las únicas acciones a incluir dentro de este Plan.

Incorpora, la educación en diferentes dimensiones del autocuidado como la búsqueda y resguardo del significado y propósito de la vida, y la relación entre cuidador-sujeto de cuidado; las relaciones sociales y convivencia, a través del fomento de la integración y participación comunitaria; el mantenerse activos y la actividad física; la recreación y disfrute, la promoción de espacios para el ocio y el descanso, que requieren un apoyo familiar, comunitario e intersectorial, la disciplina y cuidado de la salud, y el tratamiento y manejo de condiciones de salud. Desde la salud familiar, resulta relevante para el desarrollo de estas actividades el conocer respecto a crisis normativas y no normativas asociadas a la dependencia y cuidados, las diferentes afectaciones según etapa de curso de vida tanto de cuidador, como de sujeto de cuidado y la permanencia en el rol de cuidador, que provocan diferentes efectos que pueden ser mitigados mediante el acompañamiento y la educación por parte del equipo de salud.

Incluyen elementos de cuidado directo de la persona con dependencia severa y asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria, fomentando el ejercicio de la autonomía de la persona con dependencia severa, la comunicación y el resguardo de su dignidad. Por otra parte, abordan temáticas claves para el confort y prevención de complicaciones en la persona con dependencia severa y persona cuidadora, de acuerdo con el MAIS y los principios de cuidado centrado en la persona, cuidado integral y continuidad del cuidado.

Estas actividades se dirigen tanto a cuidadores familiares como no familiares ingresados al PADDS, procurando, en la medida de lo posible, la comunicación anticipada de su realización para el resguardo y organización del tiempo de las personas cuidadoras para participar en estas actividades, considerando que

si bien en su mayoría son cuidadores únicos que pueden presentar dificultadas para asistir, la interacción entre pares y la participación social constituyen un factor protector de su salud. Para ello, estas actividades se podrán desarrollar en modalidad taller grupal presencial y en aquellos casos en que la persona no pueda participar presencialmente en actividades fuera del hogar, se realizarán acciones en domicilio o en modalidad remota, resguardando la pertinencia territorial y cultural. Estas modalidades se podrán combinar entre sí procurando el acceso de todos los cuidadores y el acompañamiento educativo continuo por parte del programa.

Como toda actividad educativa y/o de capacitación debe tener objetivos claros y compartidos con las personas cuidadoras, ser realizado por el equipo de salud y/o con colaboración de otros representantes del intersector o la comunidad. La modalidad de realización es la educación participativa, recomendándose la propuesta pedagógica de la educación popular, a través del reconocimiento y refuerzo de las capacidades existentes en las personas, los aportes teórico-prácticos desde el equipo de salud y la comunidad y la generación de mejoras en el quehacer diario asociado al cuidado y al autocuidado. Como elementos claves está la comunicación asertiva entre el equipo y cuidadores, y el reconocimiento de la persona con dependencia como sujeto de derecho para la programación y ejecución de la capacitación.

Se espera que la capacitación a cuidadores sea planificada en ciclos de capacitación que incluyan al menos 4 sesiones de 45 minutos de duración para usuarios antiguos y 6 para usuarios nuevos, dando de todas maneras la oportunidad de, según capacidad local, participación de usuarios antiguos en la totalidad del ciclo.

- **Autocuidado del Cuidador/a:** Corresponde a la actividad de al menos 1 sesión de 45 minutos de duración destinada a reconocer el rol de persona cuidadora, capacitar al cuidador en conocimientos, habilidades y competencias que le permitan incorporar en su rutina, acciones destinadas a su cuidado integral. En estas actividades se incluyen aquellas destinadas a la prevención, reconocimiento y abordaje de la sobrecarga.

- **Cuidados de la Persona con Dependencia:** Corresponde a la actividad de al menos 1 sesión de 45 minutos destinada a revisar, reforzar y educar en elementos y técnicas para el cuidado de la persona con dependencia, reforzando el ejercicio de la autonomía y la capacidad de decidir de la persona con dependencia severa, la planificación anticipada de cuidados y el cuidado de fin de vida, según sea pertinente. Se destina a la educación teórico-práctica de estrategias que permitan entregar asistencia a la persona con dependencia en las diferentes actividades de la vida diaria y en las diferentes etapas del curso de la condición de dependencia severa. Considera además la educación y capacitación en prevención, identificación y manejo de lesiones por presión y otras complicaciones de la dismovilidad (dermatitis por incontinencia, neumonía por aspiración) y de las propias condiciones de base de la persona con dependencia severa, para conocer signos de descompensación y medidas a tomar.

- **Redes y Sistemas de Apoyo a la Diada del Cuidado:** Corresponde a la actividad de al menos 1 sesión de 45 minutos destinada a dar a conocer y reforzar el uso de los servicios disponibles para

personas cuidadoras y personas con dependencia severa, existentes a nivel local y nacional. Considera también los recursos presentes en el territorio y el trabajo para identificación y recomendación de activos comunitarios. Incluye la educación en uso eficiente de la red de salud, beneficios sociales, programas intersectoriales de apoyo al cuidado, entre otros.

- **Cuidados de fin de vida y duelo:** Corresponde a la actividad de al menos 1 sesión de 45 minutos de duración destinada a la educación y refuerzo de los cuidados de fin de vida y las habilidades de cuidadores para enfrentar el proceso de fallecimiento de la persona con dependencia severa. Releva el resguardo de la dignidad en la etapa final de la vida, y el desarrollo de habilidades para el cuidado físico, psicológicos, social y espiritual para ambos integrantes de la diada. Incluye también el abordaje del duelo, y la pérdida de la relación significativa con la persona sujeto de cuidado, mediante capacitaciones que faciliten el abordaje emocional y el apoyo social, considerando los recursos disponibles en el ámbito personal, familiar, sanitario y social.

Educación en seguridad vial: Actividades educativas realizadas con el fin de entregar información y educar a través de un lenguaje claro y apropiado para el público objetivo sobre educación vial, además de fomentar la adquisición de habilidades, competencias y estilos de vida que promuevan conductas seguras en el tránsito que harán posible una convivencia vial armónica.

En la educación vial se pueden incluir temáticas como: conductas seguras en el tránsito como peatones, conductores o pasajeros de ciclos y vehículos motorizados (motocicletas, vehículos, buses etc.); el uso y utilización adecuada de los sistemas de retención (cinturón de seguridad y sistemas de retención infantil), uso y utilización adecuada de elementos de seguridad, la velocidad y sus implicancias en el uso del espacio vial, efectos del consumo de sustancias (medicamentos, alcohol y drogas) en el tránsito y el efecto de las distracciones en el tránsito.

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.

Educación Prenatal (Nutrición - Lactancia - Crianza - Autocuidado - Preparación Parto y Otros): Se debe registrar solo la primera sesión independiente de la temática seleccionada y exceptuar la sesión en la Maternidad.

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.

Taller Promoción del Desarrollo Infantil Temprano del Lenguaje: Se deben registrar a los usuarios(as), niño niña menor de un año, que ingresa a educación grupal junto al adulto, en el área temática lenguaje. Este registro corresponde estrictamente a ingresos a educación, no a sesiones de un taller. No obstante, se debe tener en cuenta que el taller de lenguaje debe tratar solo esta temática y no incluir la motora.

Taller Promoción del Desarrollo Infantil Temprano Motor: Se deben registrar a los usuarios(as), niño niña menor de un año, que ingresan a educación grupal junto al adulto, en el área temática motor. Este registro corresponde estrictamente a ingresos a educación, no a sesiones de un taller. No obstante, se debe tener en cuenta que el taller motor debe tratar solo esta temática y no incluir la de lenguaje.

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.

Taller Nadie Es Perfecto (TNEP): Se debe registrar solo el ingreso de niños y niñas menores de 5 años donde los adultos encargados del cuidado de estos asistieron al Taller de habilidades parentales. No obstante, se debe tener en cuenta que en el caso de que el taller contenga diferentes sesiones, solo se debe registrar el ingreso del taller (1era 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 con el rango etario 10 a 14 años y en rango etario 10 a 14 años colocar el número de adolescentes de ese rango.

En la columna de pueblos originarios, se registra el número de gestantes que ingresan al taller que se identifica con alguno de los pueblos originarios reconocidos por la Ley Indígena (ley 19.253).

En la columna de migrantes, se registra el número de gestantes que ingresan al taller, indistinto de su condición migratoria (señalar instrumento legal)

En Espacios Amigables Adolescentes se debe registrar el número de adolescentes que participan en talleres de espacios amigables.

Visita guiada a la maternidad: Se debe registrar el número de gestantes que asisten a la visita guiada a la maternidad, según paridad: primigestas o multíparas.

Capacitación a Cuidadores en PADDS: Se deberá registrar el número total de personas cuidadores que ingresa por temática. Pudiendo un cuidador a asistir a más de una actividad temática, de acuerdo con lo definido en el plan de capacitación. Si la temática contempla más de una sesión, se deberá registrar una sola vez, independiente al número de sesiones planificadas.

Las temáticas para registrar en REM son: Autocuidado del Cuidador/a; Cuidados de la Persona con Dependencia; Redes y Sistemas de Apoyo a la Diada del Cuidado; Cuidados de fin de vida y duelo.

Educación en seguridad vial: Se registran el número de usuarios que participaron, y una vez terminado el taller o charla se registran, no al cierre de cada sesión.

Regla de consistencia

R.1: En el caso de madre, padre o cuidador, el registro debe ser según la edad del menor, y no desagregar por la edad de ellos.

R.2: El registro de familias en riesgo, Pueblos Originarios, migrantes y espacios amigables 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 presenta regla de consistencia.

Sección D: Talleres Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes"

Definiciones conceptuales

Sesión de taller: Corresponde a la reunión grupal entre las personas 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. Estas sesiones tienen la modalidad presencial en espacios comunitarios para fomentar la participación social y la interacción entre pares, y el acompañamiento del equipo del Programa.

En casos de comunas con mayor ruralidad, dispersión geográfica, en períodos con condiciones climáticas que limitan su realización, o en población que no pueda acudir en forma regular a los talleres, como población de cuidadores de personas con dependencia severa, los talleres podrán tener las siguientes modalidades como alternativas: presencial en domicilio o en forma remota siendo esta última sincrónica o asincrónica y debiendo contar con la autorización del Servicio de Salud, para respaldar los criterios técnicos de ejecución de las sesiones.

Esta estas sesiones de taller podrán ser individuales en casos excepcionales, en que las condiciones de accesibilidad a las sesiones del programa no permitan que las personas mayores se reúnan. Para ello el equipo deberá contar con la autorización del Servicio de Salud, según establece la resolución que aprueba el programa.

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 las personas mayores que asisten a cada sesión y que integran el Programa “Más Adultos Mayores Autovalentes”.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar el número total de sesiones de taller por modalidad y tipo de taller.
Corresponde registrar si los talleres por modalidad son grupales o individuales.
En Participantes corresponde registrar el número total de asistentes que han participado en los talleres, durante el mes informado.

Regla de consistencia

R.1 El total de sesiones por tipo de taller debe ser igual al total de sesiones por formato de taller grupal o individual.

R.2 El total de N° de participantes por tipo de taller debe ser igual al total de participantes por formato grupal o individual.

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 con el 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 con la 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 con la 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 con la 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 presenta 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 rango 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 F y H 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.

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.

Reglas de consistencia

R.1: 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 Enfermedad Renal Crónica).

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 de 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 Enfermedad Renal Crónica).

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

SECCIONES DEL REM A.28

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.

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

Todas las actividades de rehabilitación que realicen los profesionales de rehabilitación deben ser registradas en este REM. De acuerdo con las directrices del programa al que pertenezcan deberán registrar según se detalla a continuación:

Total, Rehabilitación Integral en APS: Corresponde a las acciones realizadas en el marco del PRAPS Rehabilitación Integral en APS en Establecimientos de APS.

Total, Rehabilitación NNA: Corresponde a las acciones realizadas en el marco del PRAPS Atención Integral al Desarrollo Infanto adolescente.

Total, Equipo Móvil: Corresponde a las acciones realizadas en el marco del PRAPS Rehabilitación Integral en APS, en la modalidad de equipos móviles.

Total, otros financiamientos: Corresponde a todas las acciones realizadas con mecanismos de financiamiento distintos a los PRAPS, por ejemplo, financiamiento municipal, Gobierno Regional, entre otros.

Sección A: Atenciones de Rehabilitación Nivel Primario

Sección A.1: Ingresos y egresos a atenciones de Rehabilitación en el Nivel Primario

Definiciones conceptuales

La Rehabilitación como intervención sanitaria en APS, tiene como marco el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitario y como estrategia de intervención la Rehabilitación de Base Comunitaria.

Ingresos: Corresponde a la incorporación de una persona a 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 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(62).

- **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.

- **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 de Rehabilitación en APS.

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 a Rehabilitación independiente del número de condiciones de salud que originen su ingreso.

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 rango etario 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, incluye en su Plan Tratamiento Integral objetivos de habilitación y rehabilitación para el trabajo, desagregadas por rango etario 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 rango etario, 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 rango etario, sexo, persona con discapacidad (PcD con RND), población de pueblos originarios y migrante. Este registro debe estar contenido en el total de Ingresos.

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 integral en APS, rehabilitación NNA, equipo móvil u otros financiamientos. 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

R.3: El número total de ingresos debe ser mayor o igual a cero.

R.4: La suma de los grupos de edad para cada sexo debe coincidir con el total registrado para hombres y mujeres.

R.5: La suma total en cada fila debe coincidir con la suma del total de hombres y mujeres y el total de sumas de cada rango etario.

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 condición de salud 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:** 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:** 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 con dolor musculoesquelético crónico. 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.

- **Alzheimer y otras demencias**: Corresponde a los diagnósticos incluidos en el Problema de Salud GES N°85.

    1. Demencia en la enfermedad de Alzheimer.
    2. Demencia vascular.
    3. Demencia multiinfarto.
    4. Otras demencias vasculares.
    5. Demencia en la enfermedad de Pick.
    6. Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
    7. Demencia por cuerpos de Lewy.

8. Demencias frontotemporales.
9. Demencia en la enfermedad de Huntington.
10. Demencia en la enfermedad de Parkinson.
11. Demencia en la infección por VIH.
12. Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

- **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
- **Alteraciones visuales:** Enfermedades que generan la pérdida parcial o total de la función visual.
- **Alteraciones auditivas:** 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, alteraciones visuales o auditivas. Una persona puede ingresar por una o más condiciones de salud a tratamiento, sin embargo, solo se registra la condición principal que motivo el ingreso.

Los ingresos por condición de salud se separan por estrategias: Rehabilitación NNA, rehabilitación integral en APS, otros financiamientos o rehabilitación equipo móvil. Diferenciados por rango etario 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: Corresponde registrar solo una condición de salud, la que motivo el ingreso al programa.

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 con 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, Rehabilitación basada en la comunidad (RBC), Rehabilitación integral (RI) o Rehabilitación rural (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 rango etario, 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 intermedias 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 rango etario 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 de Rehabilitación: 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 con 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 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 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 tipo de estrategia.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta 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 presenta 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 presenta 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 con 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 presenta 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 integral APS, rehabilitación por otros financiamientos o rehabilitación equipo móvil) 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 con 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).

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.

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 presenta 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.

El número de participantes debe ser igual al número de personas que asistan a la actividad.

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 móviles de Rehabilitación (rural).
- 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

No presenta regla de consistencia.

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 rango etario.

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 etario 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 con el 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 etario 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 etario 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 presenta 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 con 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, aerosol terapia, 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 presenta 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 rango etario.

Las ayudas técnicas se definen como: cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricados especiales 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 rango etario.

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 rango etario.

Las condiciones de salud para el registro son (definiciones conceptuales en secciones A.1 y B.1):

- Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)
- Disrrafias 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 rango etario 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

SECCIONES DEL REM-A.29

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: Tamizaje de retinopatía diabética para personas con diabetes mellitus 2 en UAPO.

Sección G: Actividades de rehabilitación en UAPORRINO.

Sección H: Canasta integral dermatología.

Sección I: Atención integral en climaterio.

Los equipos de Atención Primaria del Programa de Imágenes Diagnósticas y de Resolutividad son capaces de detectar precozmente, diagnosticar, manejar adecuadamente la patología prevalente de la persona y derivar oportunamente, según los protocolos establecidos y consensuados, para así influir en la incidencia de las patologías.

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 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 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.

Total, de interconsultas generadas en APS para resolución por especialidad oftalmología (UAPO y canasta integral): Corresponde al número total de interconsultas oftalmológicas generadas en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), que son derivadas hacia la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) o resueltas mediante la canasta integral de oftalmología. Esta variable se registra como atributo de la prestación "Consulta Oftalmología UAPO", y representa las solicitudes recibidas por la UAPO desde APS para resolución por especialidad oftalmológica. No deben incluirse interconsultas derivadas desde la UAPO hacia el nivel secundario, en el caso que el problema de salud no sea abordable en el nivel primario esto no se registra en A29, sino que en A07.

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

Ecoscopía básica: es una aplicación abreviada y focalizada de la ecografía abdominal realizada por el médico(a) de atención primaria, en tiempo real o diferido y guiada por la clínica, concebida como una primera valoración de sospechas intraabdominales y para acercar la resolución diagnóstica al primer nivel (APS y hospitales comunitarios). El Protocolo MINSAL 2024 enmarca su propósito en mejorar la capacidad resolutiva y coordinación de APS(63), y delimita su población objetivo desde los 15 años, posicionándola como una extensión del *point-of-care ultrasonography* (POCUS) en el contexto chileno.

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 rango 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 rango etario.

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 rango 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: En cirugía menor, se debe registrar las biopsias solicitadas, realizadas y aquellas muestras enviadas a Anatomía Patológica. Además, se debe registrar 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.

Test de Antígeno en deposiciones H. Pylori: Se debe registrar el total de test realizados, desagregados por rango etario y modalidad.

Test Inmunoquímico fecal de sangre oculta en deposiciones: se debe registrar sólo los totales y según modalidad.

Además, se debe registrar si las personas atendidas son migrantes o pertenecientes a pueblos originarios.

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.

Ecoscopía básica: se debe registrar el total de procedimientos ecoscópicos realizados en establecimientos de atención primaria y hospitales del primer nivel por médicos familiares y médicos generales capacitados. Lo anterior, conforme a las órdenes de atención internas generadas desde el propio establecimiento o de la red de derivación definida en protocolo local. Solo se pueden realizar en modalidad institucional, excluyendo la compra de Servicios.

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.

R.3: la cantidad de ecoscopías en modalidad institucional, debe ser igual a la cantidad de ecoscopías realizadas.

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 procedimiento realizado y si lo realiza el médico especialista o los profesionales no médicos tecnólogo médico, fonoaudiólogo o terapeuta ocupacional.

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 2, 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 presenta 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 menores de 65 años. El registro es realizado por 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 y audífonos entregados a usuarios a través de Programa de Resolutividad de Atención Primaria, según sexo.

Si la entrega de audífono es bilateral debe registrar por cada oído.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta 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, realizadas bajo anestesia local, de los cuales no se espera que existan complicaciones postquirúrgicas importantes.

Es requisito contar con 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 el 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.
- plastia de puntos lagrimales.
- Absceso, vaciamiento y/o drenaje de.
- Absceso, tratamiento quirúrgico párpado o ceja.
- Biopsia de párpado y/o anexos.
- Blefarorrafia con blefarotomía posterior.

- Cantoplastía.
- Chalazión y otros tumores benignos.
- Xantelasma, tratamiento quirúrgico.
- 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 quirúrgica de cuerpo extraño en córnea 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 presenta regla de consistencia.

Sección F: Tamizaje de Retinopatía Diabética para personas con Diabetes Mellitus 2 en UAPO

Definiciones conceptuales

Tamizaje de Retinopatía Diabética (RD) para personas con Diabetes Mellitus 2 en UAPO: Corresponden a los exámenes con fines de tamizaje de RD realizados a personas con Diabetes Mellitus 2 (DM2), derivadas por el equipo tratante mediante una orden de atención 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 exploración del fondo de ojo en uno o en ambos ojos

Retinografía: Corresponde a una captura fotográfica del fondo de ojo, la que debe ser analizada e informada posteriormente. Considera la realización de la prestación en ambos ojos, como un sólo procedimiento.

El análisis de las retinografías puede ser realizado por un tecnólogo médico con mención en oftalmología mediante un teleinforme o filtradas a través del uso de inteligencia artificial, para lo que se requiere que sean subidas a plataformas de datos locales o de Salud Digital Ministerial. Dichas plataformas discriminarán las retinografías que no presentan alteraciones de las que las tienen, y estas imágenes alteradas, deberán ser analizadas por un oftalmólogo.

Entrega de resultados de tamizaje de retinopatía diabética a usuarios: Corresponde a la entrega de información al usuario del resultado de su examen de tamizaje. Esta acción puede ser realizada vía presencial o remota y, debe quedar consignada en el registro clínico del usuario. Se debe reforzar que la vigencia del examen es de dos años, si es que el examen es negativo para retinopatía y, por tanto, debe realizarse de manera periódica. Para aquellas personas que su tamizaje confirma la retinopatía diabética, se debe activar el PS31, retinopatía diabética y su seguimiento ya no corresponderá a un tamizaje.

Definiciones operacionales

Tamizaje de retinopatía diabética para personas con DM2 en UAPO: En esta sección se deben registrar las actividades con fines diagnósticos de retinopatías diabéticas.

Exploración vitreorretinal: Corresponde a los exámenes realizados por el médico oftalmólogo de la UAPO, diferenciados entre los resultados sin alteración y los alterados.

Retinografías subidas a plataforma de Tamizaje a Hospital Digital (HD): Corresponde registrar el número total de retinografías que se cargaron a la plataforma de Salud Digital ministerial, además de registrar cuantas de ellas fueron consideradas sin alteración y cuántas con sospecha de alteración. Estas últimas, deben ser informadas por el médico oftalmólogo de HD o los con convenio local.

Subidas a plataforma de teleinforme local (no centralizada): Corresponde registrar el número total de retinografías que fueron analizadas por TMO o cargadas en plataformas de análisis mediante IA, distintas a las de HD. Se debe consignar cuántas de ellas fueron clasificadas como sin alteraciones y cuántas presentaron sospecha de alteración. Finalmente, las retinografías con sospecha de alteración deben ser informadas por un médico oftalmólogo, y los resultados deben ser consistentes entre sí

Entrega de resultados Fondo de Ojo de Retinografía al usuario: Corresponde al registro de la entrega de los resultados del tamizaje a la persona usuaria, ya sea de manera presencial o remota.

Regla de consistencia

R.1: Las imágenes subidas a las plataformas, en su totalidad, no pueden superar el número de retinografías realizadas.

R.2: La suma de Informe por oftalmólogo licitado e informe por oftalmólogo de HD, debe ser menor o igual al total.

R.3: La suma de las retinografías tamizadas por TMO y tamizadas por IA debe ser igual o menor al total del N° de retinografías subidas a plataforma de teleinforme local (no centralizada).

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 (individual y grupal), 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 realizadas durante el mes, el total de sesiones y el número de usuarios beneficiados.

Contempla las acciones de rehabilitación en materia otorrinolaringológica que no corresponden al REM A28.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección H: Canasta integral dermatología

Definiciones conceptuales

Teleinterconsulta dermatológica: Es la atención médica otorgada por el especialista en Dermatología, la que se realiza a distancia mediante la participación de dos profesionales médicos, quienes logran comunicación a través de las 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 presenta regla de consistencia.

Sección I: Canasta integral en climaterio

Definiciones conceptuales

Corresponde a la atención 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 que, por condiciones de salud, requieren evaluación de un médico ginecólogo para la prescripción de terapia hormonal de la menopausia, de acuerdo con la 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 para entregar en la APS por otra vía de financiamiento (programas ministeriales).

Consulta médica ginecológica en climaterio: Corresponde a la realización de una consulta ginecológica por médico especialista ginecólogo a mujeres, de 40 a 64 años, que estén en etapa de climaterio con patologías asociadas a la baja de estrógenos, de acuerdo con los 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 y diagnosticar fertilidad perimenopausia, y sólo en casos, de amenorrea de menos de 12 meses con sintomatología climatérica para indicación de tratamiento.

Ecografía transvaginal o transrectal: Examen que se solicita a personas 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 las Orientaciones Técnicas y documentos vigentes.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar el total de consultas por médico especialista ginecólogo, informadas en el marco de la atención integral de climaterio, desagregadas por rango etario. Se debe consignar también, si la atención se realiza en modalidad institucional, donde es un profesional del establecimiento que realiza la prestación y si se realiza de forma presencial o remota. En el caso de las compras de servicio, estas corresponden a prestaciones que financia el programa de resolutividad y que se otorgan mediante un prestador externo a la institución.

Además, se deben registrar los exámenes de la hormona foliculoestimulante en la sangre (FSH) y ecografías transvaginales o transrectales, según rango etario, y si se realiza en modalidad institucional o compras de servicio.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

REM A30: ATENCIONES POR TELEMEDICINA EN LA RED ASISTENCIAL

SECCIONES DEL REM-A.30

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: Consulta abreviada por atención remota.

La 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.

De acuerdo con la temporalidad, se puede diferenciar en:

Sincrónica: Corresponde a la interacción en "tiempo real y en vivo" que permite las comunicaciones entre uno o más integrantes del equipo de salud entre sí, o entre el paciente y el equipo de salud.

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.

Sección A: Teleinterconsulta de especialidad (atención realizada de médico a médico)

Definiciones conceptuales

Teleinterconsulta: Corresponde a una prestación de salud a distancia, que puede ser sincrónica o asincrónica, en la que profesionales de la salud intercambian información sobre un caso clínico a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación con fines diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.

Teleinterconsulta médica de Especialidad Ambulatoria Nueva: Corresponde a la primera atención de especialidad realizada por el profesional que corresponda según normativa sanitaria, generada por una necesidad sanitaria u otro requerimiento clínico, mediante la cual se puede o no resolver el motivo de consulta. Siempre debe ser gestionada a través de una solicitud de interconsulta (SIC).

En aquellos casos en que el usuario fue atendido previamente por la especialidad y recibió el alta de su tratamiento y requiere una nueva atención por el mismo problema de salud u otro pertinente a la especialidad, se debe gestionar una nueva atención a través de interconsulta.

Teleinterconsulta médica de Especialidad Ambulatoria Control: Son las consultas posteriores a la primera consulta de especialidad que cada usuario requiere para solucionar su necesidad sanitaria o requerimiento clínico por el que fue derivado. El objetivo es completar estudio, tratamiento y/o seguimiento.

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 extrasistema.

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 con 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 rangos de edad 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 extrasistema.

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 rangos etarios 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.

Teleinformes realizados por Inteligencia Artificial (IA): Corresponde a aquellas imágenes que son revisadas en primera instancia por un sistema de algoritmo, el cual permite detectar o descartar alteraciones en la imagen. En caso de presentar alteraciones, la imagen es derivada a la bandeja del médico especialista, quien emite el informe final.

Teleinformes realizados por Médico Especialista: Corresponde a todos los teleinformes emitidos por el especialista.

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

En el apartado **“Total de teleinformes realizados por Inteligencia Artificial (IA),”** se registran los teleinformes emitidos por la IA, sin necesidad de ser evaluados por especialista.

En el apartado de **"Teleinformes realizados por Especialista"** se registran todos los informes realizados a distancia por un especialista. Ej: Teleinformes de fondo de ojo, corresponde a aquellos informes que fueron procesados en primera instancia por la IA y que ésta detectó "Sospecha de retinopatía diabética", por lo que pasaron a bandeja del oftalmólogo para ser informados por dicho profesional.

Regla de consistencia

R.1: Las columnas de modalidad según nivel de atención, debe ser igual a la sumatoria desagregada por edad y sexo.

R.2: "Total teleinformes realizados" debe ser igual a la sumatoria de los teleinformes según nivel de atención, desagregado por edad y sexo.

Sección D: Teleinterconsulta odontológica

Definiciones conceptuales

Teleinterconsulta: Corresponde a una prestación de salud a distancia, que puede ser sincrónica o asincrónica, en la que profesionales de la salud intercambian información sobre un caso clínico a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación con fines diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento. Es realizada por profesionales odontólogos.

Contempla tanto consultas nuevas como consultas de control.

Teleinterconsulta de especialidad odontológica ambulatoria nueva: Corresponde a la primera atención de especialidad realizada por un odontólogo/a, generada por una necesidad sanitaria u otro requerimiento clínico, mediante la cual se puede o no resolver el motivo de consulta. Siempre debe ser gestionada a través de una solicitud de interconsulta (SIC). En aquellos casos en que el usuario fue atendido previamente por la especialidad y recibió el alta de su tratamiento y requiere una nueva atención por el mismo problema de salud u otro pertinente a la especialidad, se debe gestionar una nueva atención a través de interconsulta.

Teleinterconsulta de especialidad odontológica ambulatoria control: Son las consultas posteriores a la primera consulta de especialidad odontológica que cada usuario requiere para solucionar su necesidad sanitaria o requerimiento clínico por el que fue derivado. El objetivo es completar estudio, tratamiento y/o seguimiento.

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 rangos etarios (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 con el 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: Tele comité de especialidad

Definiciones conceptuales

Corresponde a la interacción sincrónica entre un equipo multi e interdisciplinar mediante el uso de tecnologías de información y comunicación (videoconferencia) para evaluar casos clínicos y tomar decisiones consensuadas relacionadas con el diagnóstico, tratamiento, y continuidad del cuidado del sujeto de intervención.

Tele comités que se incluyen en esta sección son los siguientes:

- Oncológico
- VIH
- Unidad de paciente crítico
- Otros

Casos con confirmación diagnóstica presentados a comité oncológico multidisciplinario antes del primer tratamiento: Corresponde al número de pacientes que dispone de confirmación diagnóstica de cáncer al momento de presentar su caso al comité, y no han recibido tratamientos previos para esta misma patología.

Definiciones operacionales

Corresponde registrar según telecomités realizados, casos presentados y solicitados desde nivel secundario y terciario desagregados por rango etario.

Total Nº de casos: esta variable deberá ser completada por quien realiza el telecomité, vale decir, el establecimiento es responsable de este comité.

N° de casos presentados antes del primer tratamiento: Corresponde al número de pacientes que dispone de confirmación diagnóstica de cáncer al momento de presentar su caso al comité, y no han recibido tratamientos previos para esta misma patología. Esta variable deberá ser reportada por el responsable del comité.

Regla de consistencia

No presenta regla de consistencia.

Sección G: Teleinterconsulta medicina abreviada

Definición conceptual

Corresponde a la realización de consulta abreviada por atención remota de tratamiento anticoagulante oral, entre profesionales, cuyo propósito es la entrega de resultados de exámenes, indicación de tratamiento o confección de recetas.

Definiciones operacionales

Se considera producción de Consulta abreviada por atención remota a la actividad realizada por el Médico especialista con otro profesional para la generación de receta o indicación de tratamiento en base a los datos aportados por el examen correspondiente.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

REM A30AR: ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN DE SALUD A DISTANCIA (HOSPITAL DIGITAL)

SECCIONES DEL REM-A.30AR

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 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 funcionarios (PASMET).

Sección G: Telecomité.

Sección H: Orientación telefónica en Salud.

Sección I: Teleinterconsulta médica en servicios de urgencia por hospital digital

Sección J: Atención remota de urgencia.

ESTE REM DEBE SER LLENADO ÚNICAMENTE POR HOSPITAL DIGITAL DEL NIVEL CENTRAL (MINSAL).

La atención remota corresponde a las atenciones realizadas a distancia a través de medios telefónicos o digitales. Dentro de ellas se encuentra la Telemedicina.

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.

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:

Las actividades de telemedicina pueden ocupar cierto orden, según el momento de ingreso:

- **Telemedicina en Consulta Nueva:** Es la primera atención de especialidad realizada por el profesional que corresponda según normativa sanitaria, generada por una necesidad sanitaria u

otro requerimiento clínico, mediante la cual se puede o no resolver el motivo de consulta. Siempre debe ser gestionada a través de una solicitud de interconsulta (SIC).

En aquellos casos en que el usuario fue atendido previamente por la especialidad y recibió el alta de su tratamiento y requiere una nueva atención por el mismo problema de salud u otro pertinente a la especialidad, se debe gestionar una nueva atención a través de interconsulta.

Telemedicina en Consulta Control: Son las consultas posteriores a la primera consulta de especialidad que cada usuario requiere para solucionar su necesidad sanitaria o requerimiento clínico por el que fue derivado. El objetivo es completar estudio, tratamiento y/o seguimiento.

Sección A: Atenciones por Telemedicina de especialidad médica

Sección A.1: Teleinterconsulta de especialidad médica por Hospital Digital

Definiciones conceptuales

Teleinterconsulta: corresponde a una prestación de salud a distancia, que puede ser sincrónica o asincrónica, en la que profesionales de la salud intercambian información sobre un caso clínico a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación con fines diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.

Teleinterconsulta 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”.

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.

Definiciones operacionales

La producción de Teleinterconsultas de especialidad otorgada por Hospital Digital, se reportará desde el Dpto. de Salud Digital nivel central, correspondiendo solo a aquellas respondidas por los especialistas contratados por HD en base a los datos obtenidos a través de la plataforma de telemedicina de Hospital Digital (HD).

La producción de los especialistas de la red, que responden en horas institucionales contratadas por un establecimiento de la red a través de las plataformas de Hospital Digital, debe ser registrada en REM A30 Sección A.

Teleinterconsulta medica de especialidad ambulatoria nueva: se deberán registrar todas aquellas teleinterconsultas médicas nuevas, con desagregación por edad y sexo.

Teleinterconsulta medica de especialidad ambulatoria control: se deberán registrar todas aquellas teleinterconsultas médicas nuevas, con desagregación por edad y sexo.

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.

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. Dicha producción contempla sólo las teleconsultas respondidas por especialistas contratados por Hospital Digital.

La producción de los especialistas, que responden en horas institucionales contratadas por un establecimiento de la red a través de la plataforma de Hospital Digital, 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. 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 por 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, 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.

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: El "Total teleinformes realizados de fondo de ojo" 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: Corresponde a una prestación de salud a distancia, que puede ser sincrónica o asincrónica, en la que profesionales de la salud intercambian información sobre un caso clínico a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación con fines diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.

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.

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.

Otras especialidades odontológicas: Corresponde a las otras especialidades odontológicas no desagregadas en esta sección.

Definiciones operacionales

Se deberá registrar la producción de Teleinterconsultas de especialidad odontológica, respondidas por cirujano- dentistas contratados por Hospital Digital en base a los datos obtenidos a través de la plataforma de telemedicina de Hospital Digital (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.

Se debe registrar en las columnas correspondientes a “Teleinterconsulta solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital” la solicitud de la teleinterconsulta desagregado por sexo y rango 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: Prestaciones de Telemedicina realizadas por otros profesionales.

Definiciones Conceptuales

Corresponde a prestaciones de telemedicina realizada por otros profesionales de la salud como enfermera, químico farmacéutico, psicólogo o nutricionista, la cual ocurre de manera sincrónica o asincrónica pudiendo estar o no presente el paciente. Su objetivo es complementar el plan terapéutico de acuerdo con sus competencias técnicas y estrategia asociada.

Definiciones operacionales

Se debe registrar las prestaciones de telemedicina realizadas por otros profesionales de la salud, desagregada por sexo y rango 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.

Durante una prestación de telemedicina puede participar uno más profesionales de la salud, por lo que el registro corresponde a la producción por profesional y no por usuarios atendidos.

Regla de consistencia

R.1: El total de prestaciones de telemedicina realizada por otros profesionales de la salud, desagregado por edad y sexo debe coincidir con el total de prestaciones de telemedicina realizadas en modalidad sincrónica y asincrónica.

Sección E: Telemedicina 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

Esta sección no presenta 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.

Línea Prevención Suicidio: Corresponde a una línea telefónica especializada, orientada a brindar contención en una situación de crisis asociada a ideación o intento suicida, mediante un equipo de profesionales psicólogos capacitados en manejo y acompañamiento de los/las usuarios/os en esta temática de salud mental.

Definiciones operacionales

Primera Ayuda Psicológica: Se deben registrar todas las primeras ayudas psicológicas realizadas a la población por canales telefónicos por profesionales contratados por Hospital Digital.

Línea Prevención Suicidio: Se deben registrar todas las llamadas telefónicas realizadas desde y hacia la población general en el contexto de la prevención del suicidio.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

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 contratado por Hospital Digital.

Llamadas efectivas: Corresponde a las 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 remotos que permita acceso a prestaciones de salud acorde al 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 “Prestación de 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 “Prestaciones 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 funcionarios (PASMET)

Definiciones conceptuales

Alta Terapéutica: Corresponde al alta otorgada por profesional psicólogo, una vez completado el total de sesiones indicadas.

Abandono: Situación en la que un funcionario termina su participación en el proceso psicoterapéutico antes de que se alcancen los objetivos planteados sin el acuerdo del profesional tratante.

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

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección G: Telecomité

Definiciones conceptuales

Telecomité: Corresponde a la interacción sincrónica entre un equipo multi e interdisciplinar mediante el uso de tecnologías de información y comunicación (videoconferencia) para evaluar casos clínicos y tomar decisiones consensuadas relacionadas con el diagnóstico, tratamiento, y continuidad del cuidado del sujeto de intervención.

Telecomité Oncológico Central (TCOC): 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 de Cuidados Paliativos Universales: La estrategia TC Cuidados Paliativos Universales (no oncológicos) 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 en Cuidados Paliativos.

Otros: Corresponde a los telecomité realizados desde HD asociados a especialidades diferentes a oncología y cuidados paliativos universales.

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

Esta sección no presenta 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 vía telefónica.

Orientación médica: Corresponde a la resolución de dudas en salud (de carácter clínico) de la población, mediante la orientación vía telefónica por profesionales médicos.

Orientación por matrona: Corresponde a la resolución de dudas en salud (de carácter clínico) de la población, mediante la orientación vía telefónica por matrona.

Definiciones operacionales

Orientación telefónica en salud: Se deben registrar las orientaciones telefónicas realizadas o recibidas de la población, desagregadas por edad y sexo. En los casos que no se cuente con alguno de los datos solicitados (edad y/o sexo), se debe registrar en columnas "Sin información".

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección I: Teleinterconsulta médica en servicios de urgencia por Hospital Digital

Definiciones conceptuales

Se desarrolla en el marco de una atención integral de Emergencia/Urgencia médica que es 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 teleinterconsulta 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 Urgencia: 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.

Definiciones operacionales

Se considera producción la atención otorgada por el Médico especialista que resuelve la Teleinterconsulta de urgencia.

Los pacientes de urgencia se deben desagregar en edad y sexo, así como también el tipo de Urgencia, el cual debe diferenciarse entre Ataque Cerebro Vascular (ACV), u otras teleinterconsultas de urgencia.

Para los casos de las teleinterconsultas por ACV, se debe registrar la cantidad de trombólisis indicadas

La solicitud de teleinterconsultas desde APS o nivel secundario no constituye producción de telemedicina. En la práctica, el profesional tratante que solicita la teleinterconsulta, deberá registrar su consulta de urgencia habitual (REM A08) y además deberá señalar en sus registros que dicha consulta se destinó para ser resuelta por telemedicina.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección J: Atención remota de urgencia

Definiciones conceptuales

Corresponde a una llamada telefónica espontánea desde los equipos de urgencia y UPC para solicitar apoyo en el abordaje, manejo inicial y derivación oportuna del paciente crítico, utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC).

Existen 2 formas de acceso a esta estrategia:

1. Desde la Red Asistencial:

Los médicos pertenecientes a establecimientos de salud de la red de urgencia o UPC, pueden solicitar apoyo a los profesionales contratados por HD.

2. Desde la UGCC:

a. El coordinador de turno de UGCC puede solicitar asesoría telefónica a un neonatólogo, pediatra u otro especialista de Hospital Digital cuando se pesquise un caso que se encuentra a la espera de cama crítica en un establecimiento público de mediana o alta complejidad (no de APS).

b. El coordinador de turno puede solicitar asesoría telefónica al especialista correspondiente de Hospital Digital, cuando requiera apoyo para definir el tipo de cama y a que establecimiento asignar el caso.

Definiciones operacionales

Se debe registrar el total de prestaciones otorgadas y el desglose correspondiente en cuanto a su vía de ingreso.

Regla de consistencia

R.1: El total de asesorías realizadas debe ser igual a la sumatoria del desglose respecto a las vías de ingreso.

REM A31: MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y PRÁCTICAS DE BIENESTAR DE LA SALUD

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

En el REM A 31 corresponde registras las 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.

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:

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.

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.

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 homeópata. 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 rango etario 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/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, 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/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil , 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/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, en cada tipo de terapia o practica de bienestar descrita.

Reglas de consistencia

R.1: El total de beneficiarios, pueblos originarios, migrantes y SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, 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 rango etario 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

SECCIONES DEL REM-A32

Sección A: Seguimiento en Atención Primaria de Salud por llamada telefónica o videollamadas

Sección B: Gestión remota abreviada mediante plataforma 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.

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.

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 rango etario, sexo, y si pertenece o no a la población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de la red del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, Pueblos Originarios Migrantes Espacios amigables.

Reglas de consistencia

R.1: El total por rango etario debe ser igual al total desagregado por sexo.

R.2: El total de Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, Pueblos Originarios, Migrantes y Espacios amigables debe ser menor o igual al total por rango etario.

Sección B: Gestión remota abreviada mediante plataforma telesalud

Definiciones conceptuales

Gestión remota abreviada: Corresponde a la interacción a distancia que ocurre entre un profesional de la salud y un paciente con el uso de TIC, con el fin realizar una renovación de receta, entrega de resultados de exámenes, renovación de licencia médica, confección de ordenes de exámenes y certificados médicos.

Esta gestión puede gatillar la necesidad de una acción presencial por parte del usuario, para la entrega de la documentación asociada a la prestación solicitada (solo si corresponde).

Estas gestiones aplican a las solicitudes ingresadas y finalizadas en plataforma de gestión remota de la demanda (Telesalud).

Definiciones operacionales

Gestión remota abreviada: Corresponde registrar el número de prestaciones otorgadas durante una gestión remota abreviada, realizada por médicos u otros profesionales, desagregadas por: renovación de receta, entrega de resultado de exámenes, renovación de licencia médica, ordenes de exámenes y certificados médicos.
Durante una gestión remota abreviada se puede otorgar una o más prestaciones y por uno o por más profesionales, por lo que el registro corresponde a la producción por prestación y no por usuario atendido.

Regla de consistencia

R.1: Las gestiones remotas abreviadas mediante plataforma Telesalud, no deben estar incluidas en otros REM.

R.2: La sumatoria de las prestaciones otorgadas por médico/a, odontólogo/a y otros profesionales, debe ser igual a lo registrado en columna “Total”.

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 videollamada (esta última realizada por plataformas de telemedicina), que realiza el equipo de salud 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.

Atención remota de morbilidad (Plataforma Telesalud): Corresponde a una consulta médica a distancia realizada con el uso de TIC, entre un paciente y un profesional médico que se encuentra ubicado en un lugar geográfico distinto respecto del paciente y que tienen la posibilidad de interactuar entre sí, de manera de ser complementaria a la atención presencial, según normativa vigente.

Incluye llamadas telefónicas y videollamadas (estas últimas deben ser realizadas a través de plataformas de telemedicina). Las llamadas con una duración inferior a 10 minutos no podrán ser registradas como atención remota de morbilidad.

*Estas atenciones aplican a solicitudes ingresadas en plataforma de gestión remota de la demanda (Telesalud).

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.

*Respecto al uso del llamado telefónico como subsidio o reemplazo para el desarrollo de una atención a distancia: “Este medio de comunicación es una herramienta de uso excepcional para los casos en los cuales no se pueda establecer una videollamada (a través de plataforma telemedicina).

Definiciones operacionales

Se deberán registrar todas las consultas médicas realizadas por médico general, mediante llamada telefónica o videollamada desagregado por rango etario, sexo y vía de realización

Reglas de consistencia

R.1: El total por rango etario debe ser igual al total desagregado por sexo.

R.2: La sumatoria de las prestaciones realizadas por Videollamada y Llamada telefónica debe ser igual a lo registrado en columna “Total”.

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. En este ítem también se incluyen las altas administrativas para los casos que el paciente no se presenta durante dos citaciones con contacto efectivo de manera consecutiva o por renuncia del paciente a la atención, siempre con un registro de respaldo.

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 rango 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 rango 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 rango 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.

R.3: El total de las atenciones según modalidad del contacto deben estar contenidas en el total y desagregadas por sexo y edad.

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 de 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 rango 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 rango 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 hospitalarios de baja, mediana y alta complejidad.

Reglas de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

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 rango etario y sexo. Además, se deben registrar las atenciones remotas realizadas a grupos específicos: embarazadas, beneficiarios, usuarios con discapacidad, Red SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil 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 del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil, 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/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil
- 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 del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil ,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/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil,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 Serv. Nac. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 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 Adultos mayores 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 Adultos mayores 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 Adultos mayores 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 Adultos mayores 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 presenta 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 rango 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 presenta 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 presenta reglas de consistencia.

Sección L: Educación grupal remota según áreas temáticas y edad

Definiciones conceptuales

Cuando la educación grupal promocional y preventiva Chile Crece Contigo 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 rango 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 presenta 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: 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 O: 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 en el acompañamiento psicosocial y no sea sólo una actividad de rescate telefónico.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

Sección P: 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 presenta regla de consistencia.

REM A33: CUIDADOS PALIATIVOS NIVEL APS Y ESPECIALIDADES

.

SECCIONES DEL REM-A.33

Sección A: Ingresos por diagnóstico y egreso por causales.

Sección B: Tipo de atención y actividades.

Sección C: Educación a usuarios/as.

Sección D: Capacitaciones de equipos.

Sección E: Comités Cuidados Paliativos.

El registro de Cuidados paliativos nivel APS y Especialidades 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.

Sección A: Ingresos por diagnóstico y egreso por causales

Definiciones conceptuales

Ingresos por diagnóstico: Corresponde al ingreso de una persona al Programa de Cuidados Paliativos Universales para ser intervenida.

Se debe revisar los criterios específicos para el ingreso de las personas a esta estrategia de salud en los siguientes documentos técnicos:

- Orientación Técnica de cuidados paliativos universales DIPRECE, la que define las etapas de la enfermedad cuyos criterios necesitan de estos cuidados.
- Lineamientos para el modelo de atención de Cuidados Paliativos Universales en personas con enfermedades terminales o graves.
- Listado de enfermedades graves de la Ley N.º 21.375(64).
- Guía de práctica clínica de GES 4 “Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos”.

No se detalla en este documento los criterios de ingreso en específico por condición, dado que no es el objetivo de este manual.

Listado de diagnósticos:

Enfermedad oncológica:

- Enfermedades oncológicas no progresivas.
- Enfermedades oncológicas progresivas.

Enfermedad no oncológica:

- Infección causada por VIH.
- Enfermedades de origen neurológico:
  - **Enfermedades de las neuronas motoras:** Esclerosis lateral amiotrófica, Atrofia muscular espinal y síndromes afines.
  - **Enfermedades extrapiramidales o del movimiento:** Enfermedad de Parkinson u otras.
  - **Desmielinizantes del SNC:** Leucoencefalopatía multifocal progresiva, Esclerosis Múltiple, entre otras.
  - **Neurodegenerativas**: Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, Enfermedad de Huntington, Enfermedad degenerativa de los núcleos de la base, u otras enfermedades neurodegenerativas no clasificadas en esta u otras secciones (desmielinizantes, extrapiramidales o del movimiento y demencias) .
  - **Parálisis cerebral severa.**

- **Demencia:** Enfermedad de Alzheimer, Demencia vascular de comienzo agudo, demencia vascular por infartos múltiples. Demencia vascular subcortical, demencia vascular mixta cortical y subcortical, demencia vascular no especificada, entre otras.
- **Enfermedades sistema nervioso vascular o traumático:** Enfermedades cerebrovasculares y sus secuelas, traumatismo encefalocraneano (TEC) y sus secuelas.
- **Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados.**
- **Otras enfermedades neurológicas.**

Enfermedades de origen cardiológico:

- Cardiopatías congénitas o adquiridas.
- Insuficiencia cardíaca.
- Otras enfermedades de origen cardíaco.

Enfermedades de origen pulmonar:

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
- Fibrosis Pulmonar (Enfermedad pulmonar intersticial difusa o EPID).
- Hipertensión pulmonar primaria.
- Otras enfermedades de origen pulmonar.

Enfermedades de origen hepático:

- Enfermedad alcohólica del hígado.
- Cirrosis y fibrosis del hígado.
- Otras enfermedades del hígado

Enfermedades de origen renal:

- Enfermedad renal crónica estadio 5.
- Otras enfermedades de origen renal.

Alteraciones del tejido conectivo o musculoesquelético severos:

- Lupus eritematoso sistémico.
- Otras enfermedades del tejido conectivo.
- Otras enfermedades musculoesqueléticas severas.

Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas: Síndrome de Rett, Fibrosis quística, Distrofia muscular, Anencefalia y malformaciones congénitas similares, Holoprosencefalia, Espina bífida, otras malformaciones congénitas especificadas de la médula espinal, Síndrome de hipoplasia del corazón derecho e izquierdo, Agenesia renal bilateral, Osteogénesis imperfecta, Epidermólisis bullosa letal, Epidermólisis bullosa distrófica, Síndrome de Edwards y Síndrome de Patau, Trisomía de un cromosoma completo, por falta de disyunción meiótica, entre otras.

Prematurez: Considera complicaciones asociadas a la prematurez.

Otras enfermedades: Corresponde a otras condiciones no agrupadas en los ítems anteriores:

- Enfermedades autoinmunes e inmunodeficiencias severas: Trastorno de los leucocitos, no especificados, Inmunodeficiencias combinadas, Miastenia gravis, Epidermólisis bullosa adquirida.
- Enfermedades gastrointestinales: Enfermedad de Crohn (enteritis regional), Colitis ulcerativa.
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas: Secuelas de raquitismo, trastorno del metabolismo de los aminoácidos aromáticos, otros trastornos del metabolismo de los aminoácidos aromáticos, trastornos del metabolismo de los aminoácidos de cadena ramificada y de los ácidos grasos, otros trastornos del metabolismo de los aminoácidos, enfermedad del almacenamiento de glucógeno, trastornos del metabolismo del piruvato y de la gluconeogénesis, Otros trastornos especificados del metabolismo de los carbohidratos, Trastorno del metabolismo de los carbohidratos, no especificado, Trastorno del metabolismo de los esfingolípidos y otros trastornos por almacenamiento de lípidos, Trastornos del metabolismo de los glucosaminoglicanos, Trastornos del metabolismo de las glucoproteínas, Deficiencia de lipoproteínas, Otros trastornos del metabolismo de las lipoproteínas, Trastorno del metabolismo de las lipoproteínas, no especificado, Síndrome de Lesch-Nyhan.
- Otras enfermedades infecciosas: Neurosífilis congénita tardía (neurosífilis juvenil), Poliomielitis aguda.
- Otros diagnósticos no especificados previamente y que cumplan los criterios de ingreso definidos en los documentos normativos.

Egresos por diagnóstico con plan de tratamiento: El egreso puede ser por las siguientes causales:

Enfermedades oncológicas:

- 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.
- Término de Tratamiento: Por indicación del médico tratante, cuando se ha cumplido en su totalidad el tratamiento que está garantizado en el decreto de GES 4 “Alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos” en personas con cáncer no progresivo.
- Criterios de exclusión: Cuando una persona está recibiendo tratamiento por GES 4, por un problema de salud específico, y durante el desarrollo de cuadro clínico, el médico constata que la persona no cumple con criterios de inclusión señalados en las guías clínicas.
- Otra causal (cambio de previsión, cambio de domicilio, decisión consensuada de alta, por rechazo al prestador o tratamiento, etc.).

Enfermedades no oncológicas:

- 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.
- Criterios de exclusión: Cuando una persona está siendo tratada por una enfermedad no oncológica, y durante el desarrollo del cuadro clínico el médico constata que la persona no cumple con criterios de inclusión señalados en las orientaciones técnicas.
- Otra causal (cambio de previsión, cambio de domicilio, decisión consensuada de alta, por rechazo al prestador o tratamiento, entre otras).

Definiciones operacionales

Se registra el número de ingresos, desagregados según el rango etario y sexo de las personas atendidas.

Además, se incluye el número de egresos por causal desagregados según el rango etario y sexo.

Por último, se debe registrar a los usuarios que pertenecen a alguna de las poblaciones especiales detalladas al final de la tabla: pueblos originarios, migrantes, Niños, niñas y adolescentes del SENAME y del Servicio Nacional. Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil. Es posible que una persona pertenezca a más de una población especial.

Reglas de consistencia

R.1: El total de ingreso o egresos debe igual a la suma del total de hombres y mujeres y a su vez deben ser consistentes con el rango etario.

R.2: Una persona puede pertenecer a más de una población especial, debiendo ser registrada en todas las que correspondan.

Sección B: Tipo de atención y actividades

Definiciones conceptuales

Esta sección está conformada por 5 tipos de atenciones generales:

1. Visitas domiciliarias de APS.
2. Visitas domiciliarias nivel secundario.
3. Atención ambulatoria.
4. Atención remota.
5. Atención cerrada.

Las cuales se desagregan individualmente en las siguientes actividades/atenciones:

Visitas domiciliarias de APS:

a. **Visita domiciliaria integral ingreso:** Visita domiciliaria que se realiza a la persona en cuidados paliativos universales, su cuidador y su entorno, dando origen a un plan de acción[1] definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones promocionales, preventivas, terapéuticas y de rehabilitación a realizar. Es la primera que se realiza.
b. **Visita domiciliaria integral seguimiento:** Visita domiciliaria de seguimiento que se realiza a la persona en cuidados paliativos universales, su cuidador y su entorno, en relación con el plan de acción realizado en la visita de ingreso. Es posible que en esta visita se complete el plan de ingreso, se evalúen o actualicen los objetivos de las acciones definidas en el plan.
c. **Visita domiciliaria tratamiento/rehabilitación/procedimiento:** Corresponde a las atenciones que entregan profesionales o técnicos del equipo de salud en el hogar de la persona en cuidados paliativos universales, su cuidador o cuidadora y su entorno. En estas visitas se realizan acciones de tratamiento, rehabilitación y procedimientos y contempla aquellas atenciones derivadas del plan de acción y aquellas requeridas según el curso de vida, plan de salud familiar, garantías o por requerimientos de atención de morbilidad.

Visita domiciliaria nivel secundario:

d. **Visita Domiciliaria consulta nueva:** Es aquella visita realizada en el lugar de residencia a la persona y a la familia que se realiza por primera vez, 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 y planificar las siguientes intervenciones, junto con la familia.
e. **Visita Domiciliaria consulta control:** Es aquella visita a la persona y a la familia que se realiza en el domicilio, busca monitorear el estado de avance de los planes y además realizar adaptaciones en los objetivos si es que la situación lo amerita.

Atención ambulatoria:

f. **Consulta nueva:** Es la primera atención proporcionada por el equipo de salud a la persona y su familia, tutor, cuidador o cuidadora. Comprende la evaluación, diagnóstico, determinación de plan y tratamiento. Se realiza en el centro de salud.
g. **Control de seguimiento:** Es la atención de seguimiento por un mismo problema de Salud, proporcionada por el equipo de salud a la persona que comprende la re- evaluación, modificación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo con el plan. Se realiza en el centro de salud

[1] Considérese que plan de acción, plan de cuidados, plan integral consensuado como sinónimos.

h. **Consulta abreviada ambulatoria:** Corresponde a una atención de duración acotada, en que no existe evaluación profesional completa de la persona. Su solicitud, es mediante atención directa de la persona beneficiaria o su cuidador/a en el centro de salud.

i. **Atención ambulatoria a familiares:**
Es la intervención ambulatoria realizada por el profesional y/o técnico de enfermería. Esta intervención puede ser realizada tanto a familiares y/o cuidadores en relación con el plan de cuidado de la persona ingresada a cuidados paliativos o una acción directa al familiar o cuidador, de carácter educativo o intervenciones psicosociales. Incluye consejería, elaboración o evaluación del plan de cuidados, control y seguimiento para evolución, evaluación y psicoeducación, entre otras actividades definidas en la Orientaciones Técnicas.

Atención remota

j. **Teleconsulta:** Se refiere a la actividad sincrónica de interacción entre un profesional de la salud y una persona con o sin sus cuidadores, tutores o familiares, para dar una atención diagnóstico o terapéutico mediante 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. Siempre debe quedar registrada en la ficha clínica del paciente atendido.

k. **Consulta abreviada remota:** Corresponde a la ejecución de acciones de duración acotada, en que no existe atención profesional directa que implique evaluación completa de la persona. Su solicitud es mediante atención directa de la persona beneficiaria o su cuidador/a usando un medio electrónico.

Atención cerrada

l. **Interconsulta en sala:** Corresponde a la atención profesional otorgada por el médico o médica de cuidados paliativos universales u otros profesionales no médicos de un equipo de cuidados paliativos de nivel secundario, solicitado a través del SIC, a una persona en un evento de hospitalización en la cual, el equipo tratante solicite la evaluación, intervención y/o tratamiento por parte del equipo especializado en cuidados paliativos. Esta incluye anamnesis, examen físico, prescripción de exámenes o intervenciones terapéuticas según corresponda. Se aplica a establecimientos con atención médica de especialidades: Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centro Adosado de Especialidades de Hospitales (CAE), Centro Referencia Salud (CRS) u otros dispositivos de la red. También se puede poner en práctica en hospitales de menor complejidad con un equipo de Cuidados Paliativos organizado.

m. **Atención en sala:** Corresponde a la atención profesional otorgada por el médico general o especialista u otros profesionales no médicos a la persona en un evento de

hospitalización. Incluye anamnesis, examen físico, prescripción de exámenes o intervenciones terapéuticas. Se aplica a establecimientos con personas hospitalizadas en donde los médicos de cuidados paliativos son los tratantes de las personas beneficiarias.

Definiciones operacionales

Se debe registrar el número de atenciones efectuadas, desagregados según el rango etario y sexo de las personas atendidas, por profesional o técnico que realiza la actividad y por modalidad de atención

visitas domiciliarias realizadas en APS: registrar desagregados por sexo, las visitas realizadas a personas con dependencia severa. Las visitas realizadas a hombre y mujeres con dependencia severa en APS, no puede ser superior al total de cada tipo de visita realizada en APS, ni a su desagregación total por sexo.

Se debe registrar una visita domiciliaria integral de ingreso o seguimiento por cada visita realizada, independiente del número de profesionales o técnicos que la realicen, siempre que se cumpla con la definición de estas.

En **visita de tratamiento, procedimiento y rehabilitación**, se debe registrar una visita por cada profesional o técnico que realice una prestación de salud, independiente que en una misma visita acudan uno o más integrantes del equipo de salud.

Atenciones por profesional o técnico: se debe registrar el total de atenciones realizadas por profesional o técnico, según la descripción del tipo de atención. Se encuentran bloqueados los registros de consultas nuevas o abreviadas ambulatorias para profesionales kinesiólogo/a y Trabajador/a Social.

Las atenciones realizadas por los equipos de Cuidados paliativos de Hospitales de Familia y Comunitarios deben ser registrados como nivel de atención secundario.

En columna Dependencia Severa: debe consignar aquellas atenciones realizadas a personas pertenecientes al Programa de Dependencia Severa, desagregado por sexo. Esta variable solo la debe completar cuando se realizan visitas domiciliarias de APS.

Atenciones a personas oncológicas: Se debe registrar las atenciones realizadas a persona con cáncer, desagregando por menores y mayores de 20 años.

Reglas de consistencia

Reglas de consistencia de registro para la APS

R.1: El registro de las atenciones de personas ingresadas a Cuidados Paliativos Universales y que ya sean parte del Programa de Dependencia Severa, estas acciones deben tributar a REM A33 y REM A26 Sección A.1 o Sección B, de acuerdo con las prestaciones realizadas en la visita domiciliaria. Es decir, cuando que se realicen prestaciones correspondientes a ambos programas en una misma visita domiciliaria, debe

registrarse en ambos REM. Si sólo se realiza una prestación específica de Cuidados paliativos universales, se debe registrar sólo en REM A33.

R.2: El registro de atenciones/prestaciones realizadas en APS a personas en cuidados paliativos por un diagnóstico oncológico, deben ser registradas en esta sección. Recordar que los centros de APS pueden realizar atención paliativa complementaria para personas con condiciones oncológicas, en acompañamiento a las atenciones del nivel hospitalario/especialidad.

R.3: La suma total de cada tipo de atención debe ser igual al total de hombres y mujeres y este deberá ser consistente con la sumatoria de rango etario.

Sección C: Educación a usuarios/as

Definiciones conceptuales

Talleres: Se entiende como taller a aquella instancia, realizada por los equipos de cuidados paliativos universales del establecimiento a padres, madres, otros familiares, cuidadores/as y los propios/as usuarios/as. En esta intervención grupal el o la profesional a cargo entrega información, educa en habilidades para el cuidado y responde dudas con la finalidad de apoyar y orientar a las familias. Se considera un taller a la reunión de 4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores de al menos 45 minutos de duración (similar a la intervención psicosocial grupa del listado de prestaciones específicas de GES “Alivio del dolor por cáncer avanzado y Cuidados paliativos”).

Estas actividades grupales también se consideran como instancias en las cuales las familias pueden compartir experiencias y conformar grupos de apoyo guiados por profesionales que favorezcan el autocuidado y/o la contención emocional.

Es importante considerar que se contabilizará un taller, cuando el número de participantes debe ser igual o superior a 4 personas.

Definiciones operacionales

Se registran las actividades efectuadas, desagregados según número de sesiones, participantes y modalidad de realización, esto es, bajo modalidad presencial o remota.

Reglas de consistencia

R.1: La suma del número de sesiones remotas y presencial debe ser igual al número total de talleres.

R.2: La suma del número de participantes de modalidad remota y de modalidad presencial, debe ser igual al número total de participantes.

Sección D: Capacitaciones de equipos

Definiciones conceptuales

Corresponde a un sistema de transferencia técnica basado en la calidad y seguridad de la atención, en la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad y el equipo de salud general. Tiene el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas entre ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos, la continuidad y oportunidad de la atención. Se considera una capacitación válida para el registro de producción aquella que cuente con un programa, un mínimo de 45 horas cronológicas (60 horas pedagógicas), objetivos de aprendizaje claros y evaluación certificada de los contenidos que se esperan desarrollar en la capacitación.

Desde especialidad: Consiste en la transferencia de conocimientos desde el nivel de especialidad hacia APS o desde el nivel de especialidad hacia el mismo nivel secundario (incluye Hospitales de Familia y Comunitarios).Dirigido desde un equipo de especialidad a otro del mismo nivel de atención o a equipos no especialistas en cuidados paliativos, con el propósito de propiciar la calidad y seguridad de la atención; la pertinencia de las intervenciones entregadas o la capacitación en temáticas específicas, referentes a la especialidad.

Desde APS: Consiste en la transferencia de conocimientos entre el nivel primario hacia otros profesionales de la APS. Tiene el propósito de propiciar la calidad y seguridad de la atención, la pertinencia resolutiva o la capacitación en temáticas específicas, referentes a la especialidad.

Desde Servicio de Salud (SS): Consiste en la transferencia de conocimientos entre el nivel de especialidad hacia APS, nivel secundario o terciario. Tiene el propósito de propiciar la calidad y seguridad de la atención, la pertinencia resolutiva o la capacitación en temáticas específicas referentes a la especialidad y que son organizadas desde el SS.

Desde Ministerio de Salud (MINSAL): Consiste en la transferencia de conocimientos entre el nivel de especialidad hacia APS, nivel secundario o terciario. Tiene el propósito de propiciar la calidad y seguridad de la atención, la pertinencia resolutiva o la capacitación en temáticas específicas referentes a la especialidad y que son organizadas desde MINSAL.

Definiciones operacionales

Se registran las actividades efectuadas, desagregadas si son para nivel primario o secundario; número de participantes y modalidad de realización, esto es, bajo modalidad presencial o remota.

Sólo se deberán registrar capacitaciones certificadas que cuenten con las características descritas previamente. Independiente del número de sesiones.

Para capacitaciones que se desarrollen en modalidad presencial y remota (b-learning), se debe registrar en la modalidad que se realizó el mayor porcentaje de las horas de la capacitación, es decir, se debe

registrar en modalidad presencial o remota, si el número mayor de horas se realizaron bajo dicha modalidad.

Las capacitaciones de equipos realizadas por los equipos de Cuidados paliativos de Hospitales de Familia y Comunitarios deben ser registrados como nivel de atención secundario.

Reglas de consistencia

R.1: Las capacitaciones realizadas desde el nivel de especialidad para la APS o para el nivel secundario, son registradas por el nivel de especialidad.

R.2: Las capacitaciones realizadas desde el nivel de APS para la atención primaria, son registradas por el nivel de APS que realiza la capacitación.

R.3: Las capacitaciones realizadas desde el nivel secundario (incluye Hospitales de Familia y Comunitarios) para la atención primaria, son registradas por el nivel secundario.

R.4: Las capacitaciones realizadas desde Servicio de Salud o MINSAL pueden ser registradas por ambos niveles de atención, siempre que la participación en dichas actividades cuente con certificación de respaldo (programa, horas de capacitación y evaluación). Dichos datos serán proporcionados desde registros locales para su contabilización y verificación, deben ajustarse a los criterios de certificación solicitados en resoluciones y procesos de evaluación emitidos por MINSAL.

Sección E: Comités Cuidados Paliativos

Definiciones conceptuales

Comité de Cuidados Paliativos Oncológicos: Son instancias en las que se toman decisiones relacionadas con el diagnóstico y plan de tratamiento de una persona con una enfermedad oncológica, ingresada o con intención de ingresar al programa, de acuerdo con los criterios descritos en el GES 4, con la concurrencia de varios profesionales agrupados en un comité. En este caso, las decisiones son consensuadas por los profesionales participantes y el sujeto de intervención sigue siendo el paciente para relevar sus características particulares. Estos comités sólo pueden ser realizados entre el nivel primario y secundario o exclusivo del nivel secundario. No corresponde su realización exclusiva en el nivel primario.

Comité de Cuidados Paliativos Universales: Son instancias en las que se toman decisiones relacionadas con el diagnóstico y plan de tratamiento de una persona ingresada o con intención de ingresar al programa, con la concurrencia de varios profesionales agrupados en un comité. En este caso, las decisiones son consensuadas por los profesionales participantes y el sujeto de intervención sigue siendo el paciente para relevar sus características particulares.

Coordinación internivel: Corresponde a instancias de coordinación realizadas en tiempo real entre profesionales de salud desde las unidades de especialidad del nivel secundario en conjunto con los equipos

de APS, a través de Hospital Digital o estrategia local, con el objetivo de evaluar casos de complejidad intermedia o alta.

Coordinación nivel primario: Corresponde a instancias de coordinación realizadas en tiempo real entre profesionales de las unidades de cuidados paliativos del nivel primario, a través de Hospital Digital u otra estrategia local, con el objetivo de evaluar casos de complejidad intermedia o baja.

Coordinación nivel secundario: Corresponde a instancias de coordinación realizadas en tiempo real entre profesionales de las unidades de cuidados paliativos universales del nivel secundario, a través de Hospital Digital u otra estrategia local, con el objetivo de evaluar casos de complejidad intermedia o alta.

Definiciones operacionales

Se registran las actividades efectuadas por los comités de cuidados paliativos oncológicos y comités de cuidados paliativos universales, desagregados según modalidad de realización, (remota o presencial) y niveles de atención entre los que se realizan.

También, se deben registrar el total de casos revisados, desagregados por la edad de los usuarios y el sexo de estos.

Los Comités realizados por los equipos de Cuidados paliativos de Hospitales de Familia y Comunitarios deben ser registrados como nivel de atención secundario.

Los comités de Cuidados Paliativos Oncológicos deben ser registrado como parte de la coordinación internivel o exclusiva del nivel secundario. No podrán ser registrados de forma exclusiva por el nivel primario.

Reglas de consistencia

R.1: Los comités realizados desde el nivel de especialidad/ secundario para la APS, son registrados por el nivel de especialidad/ secundario.

R.2: Los comités realizados entre el nivel de especialidad y el nivel secundario, son registrados por el nivel de especialidad.

R.3: Los comités realizados entre centros de APS son registrados por el equipo con mayor nivel de experiencia. Para considerar que en APS puedan capacitar a su propio nivel de atención, el equipo que capacita debe al menos contar un médico y un profesional con uno más diplomados universitarios en cuidados paliativos dentro de los últimos 4 años.

R.4: Se debe registrar el Tele comité de cuidados paliativos en la sección A33 y omitir en la sección A30 (no duplicar). Se mantiene el registro de salud digital en REM A30R.

REM A34: PROGRAMA DE REPARACIÓN Y ATENCIÓN EN SALUD (PRAIS)

Secciones del REM A.34

Sección A: Acreditación PRAIS

- **Sección A.1:** Atención para acreditación PRAIS
- **Sección A.2:** Acreditación PRAIS según ley, normativa y calidad de acreditación

Sección B: Ingresos y controles

Sección C: Evaluaciones

Sección D: Intervenciones

- **Sección D.1:** Intervenciones individuales
- **Sección D.2:** Intervenciones grupales

Sección E: Actividades en terreno en contexto del plan nacional de búsqueda.

Sección F: Otras actividades según profesional que las realiza

Sección G: Actividades de promoción y prevención de salud

Sección H: Actividades de coordinación y vinculación

Sección I: Rescate de pacientes inasistentes

La atención reparatoria en salud para personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado de Chile entre el período 1973-1990 es de responsabilidad de todo el sistema de salud, y en particular, de los equipos PRAIS que tienen como misión acreditar la calidad de persona con derecho a PRAIS y atender las consecuencias en la salud que estas situaciones dejan en las personas más severamente afectadas.

El REM A34 registra las actividades clínicas realizadas por los/as profesionales del equipo PRAIS, de cada uno de los 29 servicios de salud del país, a las personas usuarias acreditadas en el programa; según las características de éstas.

Sección A: Acreditación PRAIS

Sección A.1: Atención para acreditación PRAIS

Definiciones conceptuales

Proceso clínico realizado exclusivamente por el equipo PRAIS que determina el acceso al programa, según el Manual de Acreditación PRAIS.

Definiciones operacionales

La Acreditación PRAIS debe ser realizada principalmente por Trabajadora social. En caso de no contar con este(a) profesional, podrá ser realizada por otro(a) profesional del equipo, que cuente con la certificación de Acreditación otorgada por Depto. PRAIS MINSAL.

La modalidad de atención puede ser individual o en dupla profesional.

Se registra el número total de personas acreditadas en el equipo según rango etario, sexo, pertenencia a pueblos originarios y profesional que realiza la acreditación.

Sólo deben registrarse las personas que hayan completado todo el proceso de acreditación, es decir, que tengan la Marca PRAIS FONASA.

Reglas de consistencia

R.1: El total de personas usuarias acreditadas es la suma de las personas acreditadas de forma individual por Trabajador/a Social, más las personas acreditadas de forma individual por Otros (as) profesionales del equipo, más las personas acreditadas en dupla.

R.2: El total de personas pertenecientes a Pueblos Originarios declarados debe ser igual o menor al total de registro por edad y sexo y según profesional que acredita.

Importante

En este ítem sólo se registran las nuevas acreditaciones en el Programa.

Las atenciones de las personas que se incorporan al equipo por traslado, pero que ya están acreditadas se registran en sección B Consulta de Ingreso a la atención especializada.

Las atenciones de personas que no tenga documentos mínimos para acreditación, que por tanto no cumplan con los criterios para incorporarse al Programa, deben ser registradas en Serie A, REM 07 Sección C, Consultas y controles por otros profesionales en especialidad.

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

Definiciones conceptuales

La población portadora de derecho a la reparación son todas aquellas personas y grupos familiares acreditadas por el equipo PRAIS según el Art. 7° de la Ley 19.980 y Norma Técnica N°88, aprobada por resolución exenta N°437, 30 de junio 2006; detallado en el Manual de Acreditación PRAIS.

La calidad de acreditación otorgada al momento de la incorporación al PRAIS es de índice, afectado directo y beneficiario, detallado en el Manual de Acreditación PRAIS.

Definiciones operacionales

Para cada grupo indicado en la columna de Calidad de la Acreditación (Índice, Afectado directo, Beneficiario), se registra la cantidad de personas usuarias acreditadas por mes, según hecho represivo perteneciente al Artículo 7° de la Ley 19.980 y a la Norma Complementaria (N°88).

Reglas de consistencia

R.1: El total de personas usuarias acreditadas según Ley y Normativa debe coincidir con el reporte de total de personas acreditadas por edad y sexo según profesional.

Sección B: Ingresos y controles

Definiciones conceptuales

Consulta de ingreso a la atención especializada: Corresponde a la primera atención en el equipo PRAIS que tiene como objetivo determinar la pertinencia de la atención reparatoria especializada, evaluando los diferentes componentes de la situación traumática, las necesidades de salud biopsicosociales; o su derivación a otro establecimiento de la red de salud.

También se considera en este ítem, la incorporación al equipo PRAIS de una persona y/o familia ya acreditada por otro equipo PRAIS.

Puede realizarse de forma individual o en dupla.

Consulta Nueva: Corresponde a la primera atención otorgada por un profesional del equipo PRAIS a una persona usuaria o cuidadora.

Su objetivo es abordar la situación de salud del/a consultante considerando aspectos del trauma biopsicosocial y su vinculación con el evento represivo vivido directa o indirectamente por la persona.

Esta prestación puede incluir otras acciones en salud tales como anamnesis, examen físico, examen mental, hipótesis diagnóstica, orientación sobre beneficios asociados a leyes de reparación, procesos judiciales, plan nacional de búsqueda, entre otros.

Consulta Control: Atención, posterior a la Consulta Nueva, realizada por profesionales del equipo PRAIS a la persona usuaria o cuidadora, para la continuidad del diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o de su motivo de consulta.

Su objetivo es abordar la situación de salud del/a consultante considerando aspectos del trauma biopsicosocial y su vinculación con el evento represivo vivido directa o indirectamente por la persona.

Consulta Abreviada: Corresponden a la ejecución de acciones destinadas a repetir receta, a la lectura de exámenes o revisión de informes de aquellas personas usuarias que se encuentran en control por médico/a del equipo PRAIS.

Dicha actividad no es considerada como consulta propiamente tal ya que, por lo general, no existe interacción directa del profesional con la persona usuaria.

Definiciones operacionales

Consulta de ingreso a la atención especializada: Este registro corresponde exclusivamente a las atenciones para determinar la pertinencia de la atención reparatoria en salud en el equipo PRAIS o en otro establecimiento de la red de salud y para incorporación al equipo a una persona ya acreditada.

Se registra el total de personas que acceden a esta prestación según rango etario, sexo, pertenencia a pueblos originarios, calidad de la acreditación y hecho represivo; de acuerdo con el profesional que la realiza.

Consulta de ingreso a la atención especializada Se debe registrar como Consulta Nueva cada primera atención de una persona por algún/a profesional del equipo PRAIS, asociada a un nuevo motivo de consulta.

Se registra el total de personas que acceden a esta prestación según rango etario, sexo, pertenencia a pueblos originarios, calidad de la acreditación y hecho represivo; de acuerdo con el profesional que la realiza.

Consulta Control: Se registran todas las todas las atenciones posteriores a la Consulta Nueva de profesionales del equipo PRAIS, según rango etario, sexo, pertenencia a pueblos originarios, calidad de la acreditación y hecho represivo.

Consulta Abreviada: Se registra las acciones realizadas según rango etario, sexo, pertenencia a pueblos originarios y calidad de la acreditación y hecho represivo, de las personas que acceden a esta prestación.

Reglas de consistencia

R.1: El número total de personas reportadas según rango etario, sexo, debe ser igual al total de personas reportadas según calidad de la acreditación y hecho represivo.

R.2: El total de personas declarados pertenecientes a Pueblos Originarios debe ser igual o menor al total de registro por rango etario, sexo, calidad de la acreditación y hecho represivo.

Sección C: Evaluaciones

Definiciones conceptuales

Evaluación Artículo 10 ley 19.992: Atención clínica especializada que permite evaluar los apoyos técnicos y la rehabilitación física necesaria para superar las lesiones físicas surgidas a consecuencia de la prisión

política y/o la tortura, cuando dichas lesiones tengan el carácter de permanentes y obstaculicen la capacidad educativa, laboral o de integración social del beneficiario.

Esta prestación es orientada exclusivamente, según esta Ley, a las personas reconocidas por el Estado como víctimas de prisión política y/o tortura.

El/a médico general del equipo PRAIS, podrá solicitar los exámenes y procedimientos necesarios para establecer el tipo y magnitud de las secuelas físicas, así como la vinculación o relación con la prisión política y/o tortura, con enfoque de género, sufrida por las personas en conjunto con otros profesionales del equipo PRAIS.

Psicodiagnóstico: Es la prestación otorgada por psicóloga/o a la persona en atención, cuyo propósito es elaborar una hipótesis diagnóstica, la cual permite aportar otros elementos a la evaluación y confirmación diagnóstica realizada por un médico, en el marco de la atención reparatoria. El psicodiagnóstico incluye entrevista clínica a la persona en atención y entorno, como también la aplicación de pruebas psicológicas o neuropsicológicas, que permitan evaluar aspectos cognitivos, de funcionalidad, de personalidad, organicidad y/o e inteligencia, con sus análisis respectivos y la elaboración del informe correspondiente, el cual deberá ser registrado en la ficha clínica, incluyendo los instrumentos y protocolos utilizados, como los resultados de esta evaluación.

Evaluación Integral de Daño: Atención clínica especializada que permite evaluar los efectos del trauma psicosocial, su transversalidad y transgeneracionalidad, en víctimas de violación de Derechos Humanos (sobrevivientes Ley Valech y familiares Ley Rettig), con enfoque de género y basado en normativas y orientaciones ministeriales.

Esta evaluación debe ser solicitada por las personas usuarias o por Tribunales con el objetivo de complementar antecedentes sobre las secuelas en la salud integral en los procesos judiciales.

Se realiza por consultas de profesionales del equipo PRAIS, preferentemente psicólogo/a.

Se debe registrar claramente en ficha de la persona usuaria que las consultas son por motivo de Evaluación Integral de daño.

Definiciones operacionales

Se deben registrar el número de actividades realizadas según rango etario, sexo, pertenencia a Pueblos originarios y calidad de la acreditación y hecho represivo.

Reglas de consistencia

R.1: El número total de personas reportadas según rango etario y sexo debe ser igual al total de personas reportadas según calidad de la acreditación y hecho represivo

R.2: El total de personas pertenecientes a Pueblos Originarios declarados debe ser igual o menor al total de registro según rango etario, sexo y calidad de la acreditación y hecho represivo.

Sección D: Intervenciones

Sección D.1: Intervenciones individuales

Definiciones conceptuales

Psicoterapia Individual: Es la atención terapéutica otorgada por psicólogo/a clínico/a o psiquiatra del equipo PRAIS, a personas usuarias que presentan secuelas producto del trauma extremo a causa de tortura, desaparición forzada, ejecución política o por nuevos contextos retraumatizantes y revictimizantes estructurales, que las han afectado de manera transversal y transgeneracionalmente y/o para promover, recuperar y mejorar la salud de estas personas, desde un enfoque saludtogénico, de curso de vida, de género y otros determinantes sociales de la salud.

Su propósito es tratar la traumatización extrema derivada de estos delitos de lesa humanidad, para mejorar su condición de salud integral actual y fortalecer la continuidad de la atención reparatoria.

Acompañamiento Psicosocial: Son todas aquellas acciones que se despliegan por los/as profesionales del equipo PRAIS para acompañar a personas sobrevivientes de prisión política y tortura y familiares de víctimas de desaparición forzada, reconocidos por el Estado, en contexto del proceso de acceso a la Justicia. Implica asistencia a Tribunales para careos, diligencias ordenadas por los Tribunales como citación en Servicio Médico Legal, orientación de los procesos judiciales, entre otros, teniendo siempre en cuenta el enfoque de género.

En este ítem también se incorporan las acciones orientadas a generar apoyo a personas usuarias que enfrentan situaciones de crisis no normativas, como urgencias socioambientales, muertes traumáticas de algún familiar, entre otras; que pudieran generar un riesgo a su salud integral, por un tiempo limitado, mientras se realiza la articulación con otras instituciones que, dada la naturaleza del caso, son las responsables de resolver las necesidades específicas de las personas ante estos eventos, teniendo siempre en cuenta el enfoque de género.

Visita Domiciliaria Integral: Actividad que puede ser solicitada por la familia, agrupación de usuarios/as o sugerida por el equipo u otras instituciones que ejecutan acciones de reparación para esta población, 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 reparatoria, con enfoque de género. 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).

Definiciones operacionales

Se registran las intervenciones por tipo de profesional, desagregadas por rango etario, pertenencia a pueblos originarios, sexo y calidad de la acreditación y hecho represivo.

Se debe registrar claramente en ficha de la persona usuaria que el acompañamiento es por Proceso de acceso a la Justicia o por crisis no normativas.

Se registran por tipo de profesional, desagregadas por rango etario, sexo, pertenencia a pueblos originarios y calidad de la acreditación y hecho represivo.

Visita Domiciliaria Integral: Se registran por el número de actividades realizadas por tipo de profesional, según hecho represivo.

Reglas de consistencia

R.1: El número total de personas reportadas según rango etario y sexo debe ser igual al total de personas reportadas según calidad de la acreditación y hecho represivo.

R.2: El total de personas pertenecientes a Pueblos Originarios declarados debe ser igual o menor al total de registro según rango etario, sexo y calidad de la acreditación y hecho represivo.

R.3: El número total de actividades reportadas por profesional debe ser igual al total de actividades reportadas según hecho represivo.

Sección D.2: Intervenciones grupales

Definiciones conceptuales

Psicoterapia Familiar : Es la atención terapéutica especializada otorgada por un/a profesional psicólogo(a) o psiquiatra del equipo PRAIS, dirigida a familias que presentan secuelas producto del trauma extremo a causa de tortura, desaparición forzada, ejecución política y/o por nuevos contextos retraumatizantes y revictimizantes estructurales que las han afectado de manera transversal y transgeneracionalmente y/o para promover, recuperar y mejorar la salud de estas personas, desde un enfoque saludtogénico, de curso de vida, de género y otros determinantes sociales de la salud.

Intervención Psicosocial Grupal: Es la atención otorgada por profesionales del equipo PRAIS cuyo propósito es promover, recuperar y mejorar la salud de las personas usuarias, desde un enfoque saludtogénico, de curso de vida, de género y otros determinantes sociales de la salud. Para un grupo de 4 a 10 personas.

Definiciones operacionales

Se debe registrar el número total de sesiones y el número total de participantes según hecho represivo.

Psicoterapia Grupal: Se debe registrar el total de personas participantes que asisten en cada sesión realizada.

Por ejemplo, si en un mes se realizaron tres sesiones de psicoterapia grupal, con asistencia la 1ª sesión 6 personas, la 2ª sesión 5, 3ª sesión 8; se contabiliza la sumatoria de las tres sesiones: 19 participantes.

Se debe registrar el número total de sesiones y el número total de participantes según hecho represivo.

Intervención Psicosocial Grupal Se debe registrar el total de sesiones realizadas y el total de personas participantes que asisten en cada sesión según hecho represivo, independiente del número de talleres que se realizan. Por ejemplo, si en un mes se realizan dos intervenciones psicosociales grupales, una sobre Sexualidad en personas mayores y otra por Leyes de Reparación de tres sesiones cada una, deberán registrarse 6 sesiones. Lo mismo se hará con el N° de participantes, donde se deberá sumar el total de personas asistentes por cada sesión.

Reglas de consistencia

R.1: El número total de participantes debe ser igual al total de personas reportadas según hecho represivo.

Sección E: Actividades en terreno en contexto del Plan Nacional de Búsqueda

Definiciones conceptuales

Acompañamiento a familias en proceso de restitución de restos óseos identificadas a sus familiares:

Acciones que se despliegan para brindar apoyo durante el proceso de la restitución de la víctima de desaparición forzada hacia la familia y comunidad, realizada por uno/a o más miembros del equipo PRAIS.

Refiere dos momentos claves. El primero, es la notificación institucional de la identificación de la víctima de desaparición forzada, que implica articular en conjunto con otras instituciones del Estado el mejor encuadre para poder realizar el acto de notificación a la familia, garantizando un espacio adecuado que impida cualquier indicio de revictimización.

El segundo momento, es la restitución de los restos mortales de la víctima a la familia y comunidad; que implica acompañar en el acto de la restitución, como también en el acto que la familia haya escogido como rito fúnebre.

Si bien, de preferencia la forma de acompañar debiera ser presencial, es importante tener a la vista que esa posibilidad dependerá de la disposición que tenga la familia con las instituciones del Estado. Por lo

tanto, según sea el caso, el acompañar podrá tener diversas formas de manifestación desde lo presencial hasta actos de presencia simbólica; como por ejemplo a través de una carta dirigida a la familia en nombre de nuestro programa.

Es importante señalar que esta acción también permite al equipo PRAIS acercarse a los/as familiares ya que es poco probable, según la evidencia, que estos últimos soliciten su ayuda por iniciativa propia. Además, es fundamental, realizar acciones desde un enfoque de género, ya que la mayoría de las familiares que participan activamente en la búsqueda, son mujeres.

Si la familia posterior a la restitución refiere la necesidad de elaborar todo el proceso que implicó la búsqueda de la persona restituida, se debe iniciar un proceso psicoterapéutico especializado que deberá registrase en las secciones detalladas en este REM, según sea modalidad individual, familiar o grupal.

Acompañamiento en terreno en sitios de interés: Son todas aquellas acciones realizadas por el equipo PRAIS, producto de las diligencias emanadas desde el Plan Nacional de Búsqueda como de ministros/as de Dedicación Exclusiva, para intervenir un sitio de interés que potencialmente pueda brindar datos que aporten a la reconstrucción de las trayectorias de una víctima de desaparición forzada, incluyendo potencialmente su identificación.

Esto implica que las familias y organizaciones más ciertas instituciones estatales ejecuten un asentamiento, por un tiempo limitado, en el sitio de interés; para realizar inhumación, exhumación, inspección ocular, reconstrucción de escenas, comprobación de hipótesis, como reconstrucción de rutas y trayectorias de la víctima de desaparición forzada.

El equipo PRAIS deberá articularse con las instituciones intervinientes para crear pautas de acción en conjunto, según competencias y delegación de funciones. Como también establecer un plan anticipatorio de acción, ante una potencial descompensación de las familias; teniendo en cuenta que la espera *in situ* puede constituir un factor de riesgo para la salud. Por lo que la articulación con otro dispositivo de salud cerca del territorio es fundamental, así como otras acciones, con enfoque de género, que permitan mitigar el riesgo de revictimización y retraumatización.

Visita Domiciliaria para búsqueda activa de familiares: Atención entregada en el domicilio de una familia de víctima de desaparición forzada perteneciente al PRAIS, con el objetivo de incentivar la asistencia al Servicio Médico Legal para aportar material genético que permita la identificación de su familiar víctima de desaparición forzada.

Puede ser realizada por uno o dos profesionales del equipo PRAIS para ejecutar acciones tales como: búsqueda activa de familiares, orientación sobre el proceso de recopilación del material genético y, eventualmente, la intermediación entre instituciones.

Permite también la actualización de datos sociodemográficos y orientación a Revinculación a los servicios PRAIS.

Definiciones operacionales

Se deben registrar las actividades por profesional que las realiza, según sexo, rango etario y pertenencia a Pueblos Originarios.

Se entiende que la visita domiciliaria para búsqueda activa de familiares sólo se registra en esta sección y no se duplica el registro como Visita Domiciliaria Integral (VDI).

Reglas de consistencia

R.1: El número total de atenciones reportadas según rango etario debe ser igual a las reportadas según sexo.

R.2: El total de personas pertenecientes a Pueblos Originarios declarados debe ser igual o menor al total de registro según rango etario y sexo.

Sección F: Otras actividades según profesional que las realiza

Definiciones conceptuales

Testificación en calidad de experto: Es la actuación de cualquier profesional del equipo PRAIS en los procesos de acceso a la Justicia, tanto en el plano civil como penal, en su calidad de experto/a en la materia; a fin de dar una visión específica y especializada respecto de los resultados emanados de los informes clínicos de daños realizado por el equipo del cual es parte.

Informes clínicos de daño: Es la elaboración, análisis, redacción y entrega de un Informe, que tiene como objetivo ser presentado en instancias judiciales; producto de la Evaluación Integral de daño.

Es realizado preferentemente por psicólogo(a) del equipo PRAIS.

Consultoría en salud: Es una actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo clínico PRAIS y el equipo de salud de atención primaria, con la finalidad de garantizar la continuidad de cuidados reparatorios 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 espera que esta actividad sea desarrollada por dos o más integrantes del equipo PRAIS, uno de los cuales sea un profesional médico.

Definiciones operacionales

Se deben registrar el número total de actividades por profesional que las realiza.

Reglas de consistencia

No aplica

Sección G: Actividades de promoción y prevención de salud

Definiciones conceptuales

Educación en salud: Son actividades formativas grupales, de al menos treinta minutos y máximo tres horas, destinada a incrementar los conocimientos de aquellas enfermedades más prevalentes de la población, identificando factores de riesgo y protectores con el objetivo de retardar procesos crónicos; como también enseñar el uso de la red pública de salud, según el rol de cada uno de los niveles de atención.

Operativos de salud preventivo: Es una modalidad de atención preventiva dirigida a la pesquisa oportuna de enfermedades prevalentes en la población PRAIS, preferentemente para sobrevivientes de prisión política y tortura (Ley Valech) y familiares de personas detenidas desaparecidas y ejecutadas políticas (Ley Rettig) teniendo siempre en cuenta el enfoque de género.

Este es realizado por profesionales del equipo PRAIS, preferentemente médico general.

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.

Definiciones operacionales

Se registran número de sesiones realizadas y número de participantes.

Se desagrega el total de participantes, según rango etario, sexo, hecho represivo y pertenencia a pueblos originarios.

Para la totalidad de sesiones independiente si participan uno 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.

Operativos de salud preventivo: Se registran número de sesiones realizadas y número de participantes.

Se desagrega el total de participantes, según rango etario, sexo, hecho represivo y pertenencia a pueblos originarios.

Para la totalidad de sesiones independiente si participan uno 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: El número total de participantes debe ser igual al número de personas reportadas según rango etario, sexo y según hecho represivo

R.2: El total de personas pertenecientes a Pueblos Originarios declarados debe ser igual o menor al total de registro según rango etario y sexo.

Sección H: Actividades de coordinación y vinculación

Definiciones conceptuales

Trabajo Intersectorial: 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 las personas usuarias; que pueden ser realizadas por uno o más integrantes del equipo PRAIS.

Trabajo con organizaciones comunitarias de bases: Corresponde a las actividades que se realizan con la comunidad organizada a objeto de dar a conocer y promover los derechos de las personas, el Programa PRAIS y la política de reparación con el fin de aumentar la capacidad de apoyo de las redes sociales comunitarias.

Trabajo con organizaciones de usuarios y familiares: Actividad conjunta proactiva entre el equipo PRAIS y las Agrupaciones de personas usuarias y Derechos Humanos en forma de reuniones y talleres, con el propósito de generar relaciones de colaboración en las temáticas de Derechos Humanos.

Actividad comunitaria de promoción, memoria y DDHH: Conjunto de actividades desarrolladas con organizaciones formales e informales orientadas a la sensibilización, promoción, difusión y protección de los Derechos Humanos y de la Memoria histórica para contribuir a generar una cultura de respecto a los Derechos Humanos.

Se incluyen actividades como Reuniones y eventos masivos con la comunidad en general.

Trabajo sectorial de información y sensibilización: Conjunto de actividades coordinadas y articuladas con actores del Intrasector, orientadas a la sensibilización, promoción, difusión y articulación para la implementación de la política de reparación en salud, teniendo siempre en cuenta el enfoque de género.

Dichas actividades están dirigidas a todas las personas funcionarias del sistema público de salud.

Definiciones operacionales

Se registra el número total de participantes, el número de sesiones y el número de organizaciones participantes.

Para la totalidad de sesiones independiente si participan uno 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

No presenta regla de consistencia.

Sección I: Rescate de personas Inasistentes

Definiciones conceptuales

Rescate de personas Inasistentes: Procedimiento realizado por funcionario/a del equipo PRAIS para tomar contacto con la persona usuaria, familia y/o red de apoyo, con el fin de reconectarla con los servicios especializados PRAIS.

Se realiza por contacto telefónico o vía correo electrónico.

Definiciones operacionales

Se debe registrar el número de actividades realizadas según modalidad (telefónico o correo) por rango etario y según hecho represivo.

Reglas de consistencia

R.1: El número total de registros según modalidad debe ser igual al número de registros según hecho represivo

R:2 Para el registro según modalidad correo/telefónico, independiente si participan uno o más profesionales, se debe registrar como una sola actividad

REM 2025-2026
SERIE BS

REM BS: PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

El REM serie BS es para uso de los establecimientos de salud dependientes del Sistema Nacional De Servicios De Salud, del Ministerio de Salud.

Este REM debe dar cuenta de la producción de los establecimientos de salud incluyendo las principales atenciones y actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico y se conforma por la hoja B y la hoja B17.

HOJAS REM-BS

- **Hoja B:** Contiene el registro de las prestaciones otorgadas en los establecimientos de salud según la codificación del arancel MAI (Modalidad de Atención Institucional) de FONASA y, algunas prestaciones de interés que se encuentran contenidas en el arancel MLE (Modalidad Libre Elección). También se incluyen algunas prestaciones no aranceladas que se realizan en los establecimientos y su producción es de interés para el sistema de salud.
- Por lo que, si requiere mayores precisiones sobre las codificaciones contenidas en los aranceles, debe revisar sitio web de FONASA[2].

- **Hoja B17:** Contiene el resumen de las atenciones y actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico registradas en hoja B, además de las actividades realizadas en unidades de farmacia hospitalaria y el registro de traslados de pacientes.

[2] https://nuevo.fonasa.gob.cl/prestadores/aranceles-modalidad-atencion-institucional-mai/

REM B

El listado de prestaciones se organiza en según los grupos del arancel (MAI)

Esta **hoja de prestaciones** contendrá las siguientes columnas:

- Total
- Actividades desagregadas por: Total de beneficiarios, Beneficiarios con las modalidades de atención institucional (MAI) y modalidad libre elección (MLE) y No beneficiarios.
- Intervenciones quirúrgicas, desagregadas 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 ambulatoria electivas, desagregadas por: Total, Menores de 15 años y, Mayores de 15 años.
- Intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias electiva, desagregadas por: Total, Menores de 15 años y, Mayores de 15 años.
- Intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias urgencia, desagregada por: Total, Menores de 15 años y, Mayores de 15 años.
- Intervenciones quirúrgicas mayores no ambulatorias urgencia, desagregada 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: Honorarios, Convenios y, Consultores de llamada.
- Operativos
- Compras realizadas, desagregadas en: Al sistema, Al extrasistema.
- Ventas de servicios
- Procedimientos en usuarios con requerimientos especiales, desagregado en Quirófano Cirugía Mayor y, Asistencia Anestésica.
- Cirugía menor realizadas en quirófanos de cirugía mayor
- Cirugía menor electiva

Definiciones transversales de arancel MAI

Se incluyen definiciones relativas a la Norma de aplicación del arancel MAI.

- Las prestaciones consideradas en consultas de atención médica, otros profesionales de la salud, telemedicina, educación de grupo y misceláneos corresponden al grupo de atención abierta.

- En atención cerrada, el día cama de hospitalización integral incluye: las atenciones de todos los profesionales de salud (incluye consulta en sala) y personal requerido, medicamentos, insumos, uso de dispositivos médicos, entre otras especificidades que corresponden a la unidad específica de cuidados.
- En las intervenciones quirúrgicas el arancel incluye el valor de la actividad, el derecho de pabellón y la anestesia.

Definiciones conceptuales

Beneficiarios: Son aquellos usuarios 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. Según la codificación MAI, el arancel de las intervenciones quirúrgicas incluye el valor de la actividad, el derecho de pabellón y la anestesia.

Intervención Quirúrgica Principal: Corresponde registrar la intervención quirúrgica que motivo el ingreso de una persona a quirófano.

Intervención Quirúrgica 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.

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 Mayores No Ambulatorias Electivas: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor y que por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente, su realización puede ser diferida en el tiempo. Se realiza en el quirófano y la recuperación del paciente es realizado una cama hospitalaria de dotación.

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, qué 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.

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.

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: Parte de la producción total intrahospitalaria se define como el número de actividades llevadas a cabo en el establecimiento, con la contratación de recurso humano, bajo las siguientes modalidades:

- **Honorarios:** Corresponde a convenios que se celebren con personas naturales, denominados Honorarios a Suma Alzada, que involucren la prestación de servicios, regidos por el Decreto N°98/1991 del Ministerio de Hacienda, al artículo 10 de la Ley N.º 18.834, y la glosa 02 literal e1) y e2) de los servicios de salud y Literal d) de los establecimientos experimentales.

- **Convenios:** Se refiere a los contratos administrativos de prestación de servicios regidos por la Ley 19886/2003, en el cual el establecimiento cursa un proceso de compra de servicios necesarios para el funcionamiento y la entrega prestaciones de salud.
- **Consultores de llamada:** Corresponden a profesionales que prestan ocasional y transitoriamente servicios a honorarios bajo la modalidad de llamada, regidos por el Decreto 753/2000, reglamento sobre convenios con tratantes o consultores de llamada establecidos en el artículo 24 de la ley N.º 19.664.

Las prestaciones realizadas bajo estas modalidades pueden o no ser con funcionarios del establecimiento y tanto en horario hábil como inhábil, que para el caso de funcionarios del establecimiento debe ser fuera de su horario laboral.

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 en 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. Estas prestaciones no estarán incluidas en el total de la producción del establecimiento.

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, (no se incluyen en la producción propia del Establecimiento).

Ventas de servicios: Corresponde a prestaciones (exámenes o procedimientos) realizados por el establecimiento a otros servicios o centros de salud tanto públicos como privados, (no se incluyen en la producción propia del Establecimiento).

Procedimientos en usuarios con requerimientos especiales: Corresponde a procedimientos o intervenciones quirúrgicas menores que, se realizan en un quirófano de cirugía mayor y/o con asistencia anestésica, porque el/la usuario/a presenta condiciones y/o diagnósticos que implican un mayor riesgo del procedimiento o intervención y que son de definición de criterio clínico.

Días cama hospitalización integral: Se define como la ocupación de una cama de dotación, por un paciente, en un establecimiento hospitalario.

Cirugía menor electiva: Corresponde a una intervención quirúrgica menor, realizada en un entorno ambulatorio de especialidad y programada con antelación. Su incorporación a la tabla quirúrgica de cirugía menor permite una planificación adecuada, asegurando la disponibilidad de los recursos humanos, equipamiento, insumos y todos los elementos necesarios para ejecutar la intervención en condiciones seguras y bajo estándares de calidad.

Definiciones operacionales

Se deben registrar las prestaciones de apoyo diagnóstico y terapéutico realizadas en el establecimiento de salud que corresponda según la definición conceptual.

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.

Se debe registrar en las columnas las características de las prestaciones según su procedencia, y si corresponden a compras de servicio. Cabe recordar que estas características no suman a la producción.

En las columnas de **Procedimientos en usuarios con requerimientos especiales,** registrar:

Quirófano Cirugía Mayor: Corresponde registrar todos los procedimientos o cirugías menores que son realizados en quirófanos de Cirugía Mayor.

Asistencia Anestésica: Se debe registrar todo procedimiento o cirugía menor, que en su protocolo operatorio figura un médico anestesiólogo durante el procedimiento (independiente la técnica anestésica, como local, sedación, regional o general).

Para 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 se registra de forma independiente.

Prestaciones Atención Cerrada: Corresponde registrar la permanencia de un paciente hospitalizado ocupando una cama de dotación.

Para las prestaciones referidas a exámenes de laboratorio corresponderá registrar el procesamiento de los exámenes y no la toma de muestra.

Corresponderá registrar como producción propia todos los exámenes que sean procesados en los laboratorios de los establecimientos de salud, exceptuando la venta de Servicios.

Cirugía menor realizada en el quirófano de cirugía mayor: Corresponde registrar todas las intervenciones quirúrgicas menores que se realizan en quirófanos de cirugía mayor incluyendo aquellas que se realizan porque los usuarios tienen requerimientos especiales.

Cirugía menor electiva: Corresponde registrar aquellas intervenciones quirúrgicas menores que se realizan con su respectiva incorporación a la tabla quirúrgica de cirugía menor.

Regla de consistencia

Esta sección no tiene reglas de consistencia.

Prestaciones realizadas por Cirujanos Dentistas

Definiciones conceptuales

Corresponden a 48 prestaciones del arancel MAI, contenidas en grupos no odontológico y autorizadas por Fonasa para ser realizadas por cirujanos dentistas especialistas en Cirugía maxilofacial.

Incluye procedimientos, intervenciones quirúrgicas mayores y menores adicionales a las del grupo 27. El objetivo de esta incorporación es transparentar las prestaciones de otros grupos realizadas por cirujanos dentistas, que son identificadas por medio del diccionario de códigos de forma diferencial de las otras especialidades. Las prestaciones incorporadas en el registro pertenecen a los siguientes grupos:

- Grupo 12 Cirugía oftalmológica
- Grupo 13 Procedimientos y Cirugía otorrinolaringológica
- Grupo 14 Cirugía de cabeza y cuello
- Grupo 15 Cirugía plástica y reparadora
- Grupo 16 Intervenciones quirúrgicas de dermatología y tegumentos
- Grupo 21 Cirugía traumatológica

Definición Operacional

Corresponde registrar todas aquellas prestaciones pertenecientes a los grupos 12-13-14-15-16 y 21, que han sido incorporadas al grupo de atenciones odontológicas (grupo 27), del REM BS, y que son realizadas por cirujano dentista especialista en Cirugía maxilofacial.

Definiciones complementarias de prestaciones no aranceladas realizadas en establecimientos de Atención Primaria de Salud que son dependientes de Servicios de Salud

Corresponde registrar en esta serie sólo aquellas prestaciones realizadas en establecimientos de Atención Primaria de Salud que sean dependientes de Servicios de Salud.

Curación simple ambulatoria: Ejecutada por personal técnico o enfermera/o y 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 (herida compleja): Ejecutada por enfermera/o ó técnico de nivel superior de enfermería capacitado y bajo supervigilancia de enfermera/o a cargo. 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 cm.

Curación avanzada de pie diabético: Curación realizada en úlcera ubicada de maléolo hacia distal (incluye maléolo, zona metatarsal, tarsal y falanges). Se le denomina no tradicional o húmeda. Es ejecutada por enfermera/o. Consiste en lavar la piel y la lesión con la finalidad de controlar carga bacteriana, aplicar un apósito interactivo, bioactivo o mixto y cuya frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión, apósito primario elegido y del criterio de enfermería. Promueve ambiente húmedo en la lesión. Puede o no realizarse desbridamiento.

Curación avanzada úlcera venosa: Curación realizada en úlcera ubicada en piernas por encima del maléolo (tobillo). Se denomina no tradicional o húmeda. Es ejecutada por enfermera/o. Consiste en lavar la piel y la lesión con la finalidad de controlar carga bacteriana, aplicar un apósito interactivo, bioactivo o mixto y cuya frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión, apósito primario elegido y del criterio de enfermería. Promueve ambiente húmedo en la lesión, se debe realizar sistema compresivo.

Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (procedimiento de 3 evaluaciones de presión arterial finalizado): Toma de presión arterial que se realiza en los centros de APS, en distintos días, habitualmente tres. Se realiza con el fin de diagnosticar o evaluar efectividad del tratamiento. Es conocido también como perfil, blanqueo de presión arterial o MAPA. Para el registro el procedimiento debe estar finalizado.

Entrega de glucómetro: Se debe registrar a las personas que se les entrega un monitor de glicemias capilares para ajuste de tratamiento con insulina.

REM B17: ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

SECCIONES DEL REM-B17

Sección A:	Consultas y Atenciones
Sección B:	Atención cerrada, días de hospitalización
Sección C:	Tratamiento abreviado de la Tuberculosis
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

Secciones A - P

El registro de las secciones de la A la P del REM B17 se realiza a partir de los datos tributados en REM B.

Sección Q: Actividades en Unidad de Farmacia Hospitalaria

Definiciones conceptuales

Servicio Farmacéutico es el conjunto de actividades y tareas desarrolladas en los establecimientos de salud bajo la dirección y responsabilidad, de un químico farmacéutico en relación con la adquisición, elaboración, almacenamiento, conservación, distribución y dispensación de productos farmacéuticos de manera de asegurar el uso racional y eficiente de ellos.

Receta magistral: Orden suscrita por un profesional habilitado con el fin de que un preparado magistral sea elaborado y dispensado, conforme a lo señalado en la misma.

Preparado Magistral: es aquel que se elabora en forma inmediata, conforme a una fórmula magistral prescrita por un profesional habilitado para ello, a un paciente determinado o sobre la base de la simple división de una materia prima activa o producto farmacéutico registrado en el país, también prescrito profesionalmente, elaborados, en ambos casos, con un período de validez asignado y bajo la responsabilidad de un Químico Farmacéutico. Estos pueden ser estériles y no estériles.

- **Preparados Estériles:** Preparado magistral fabricado en condiciones controladas asépticas, orientadas a la obtención de productos estériles, estos pueden ser inyectables (citostáticos, nutrición parenteral) y no inyectable (colirios).
- **Preparados No Estériles:** Preparado magistral preparado en condiciones controladas no estériles que puede o no utilizar materias primas estériles que cumplen con características de calidad suficientes para la preparación de preparados magistrales.

Nutriciones Parenterales: son considerados productos farmacéuticos cuando elaborados de acuerdo con una prescripción especifica, sin utilizar procesos industriales.

Preparados Citostáticos: obedece a la prescripción de una fórmula magistral y debe enmarcarse en los principios básicos de una correcta elaboración para evitar errores y riesgos de contaminación.

Evaluación Farmacéutica: Actuación del profesional químico farmacéutico, mediante la cual evalúa la posibilidad de elaborar la receta magistral recibida, fundado en aspectos técnicos de su especialidad y/o en las Normas de Elaboración de preparados farmacéuticos en Recetarios de Farmacias, dejando constancia escrita de ello en el registro pertinente.

Preparado Oficinal: es aquel elaborado conforme a lo descrito en la Farmacopea Farmacéutica Oficinal Oficial, (FFOO), norma técnica aprobada por decreto supremo del Ministerio de Salud, a propuesta del Instituto de Salud Pública.

Dosis Unitaria Preparada: Unidad posológica única de un medicamento envasado para su administración clínica y que permite su trazabilidad.

Definiciones operacionales

Los establecimientos Hospitalarios que cuenten con Farmacia deberán registrar la producción de su Recetario Magistral, de acuerdo con las siguientes definiciones y de acuerdo con los diferentes preparados que se elaboren y/o soliciten a la unidad de farmacia.

Preparado Magistral: Número total de preparados magistrales que se elaboran durante el periodo. Estos pueden ser estériles y no estériles.

- **Preparado Magistral Estériles:** Número de preparados magistrales estériles realizados por el recetario magistral de la farmacia, pueden ser inyectables (citostáticos, nutrición parenteral) y no inyectable (colirios)
- **Preparado Magistral No Estériles:** Número de preparados magistrales no estéril realizados por el recetario magistral de la farmacia, que puede ser para formas farmacéuticas solidas (papelillos, capsulas, entre otras) liquidas (jarabes, soluciones y suspensiones) o semisólidas (óvulos, supositorios, cremas, pastas, geles).

Nutriciones Parenterales: Número de nutriciones parenterales realizados por el recetario magistral de la farmacia.

Preparados Citostáticos: Número de preparados citostáticos realizados por el recetario magistral de la farmacia.

Evaluación Farmacéutica: Número de recetas magistrales evaluadas por profesional químico farmacéutico para elaborar un preparado magistral. El registro corresponderá para aquellos establecimientos que cuentan con recetario magistral y para aquellos que externalizan el servicio a un tercero. Esta evaluación no considera las solicitudes de preparados oficinales.

Preparado Oficinal: Número total de preparados oficinales (FFOO) que son elaborados conforme a lo descrito en la Farmacopea Farmacéutica Oficinal para disponer de stock en la Farmacia en el periodo.

Dosis Unitaria Preparada: Número de unidosis preparados por el servicio de farmacia.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta 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 presenta regla de consistencia.

REM 2025-2026
SERIE BM-BM18a

REM BM18-ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS MUNICIPALES)

SECCIONES DEL REM-BM.18

Sección A:	Exámenes de diagnóstico
Sección B:	Procedimientos e intervenciones quirúrgicas de apoyo clínico y terapéutico
Sección C:	Prescripciones administradas en urgencia
Sección D:	Otros traslados de pacientes

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 Per cápita y/o Programa de Reforzamiento de Atención Primaria de Salud.

Este REM debe dar cuenta de la producción de las principales actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que se realizan de acuerdo con el Plan de Salud Familiar vigente según decreto anual que "Determina aporte estatal a las Municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal" y, se conforma por la hoja BM18 y la hoja B18A.

Sección A: Exámenes de diagnóstico

Definiciones conceptuales

La sección se compone de exámenes de laboratorio y de imagenología que contribuyen al apoyo diagnóstico y terapéutico y, se realizan en establecimientos de atención primaria municipal.

Los exámenes de laboratorio se encuentran diferenciados en los siguientes grupos:

- Hematológicos
- Bioquímicos
- Hormonales
- Inmunológicos
- Microbiológicos
- Exámenes de deposiciones exudados, secreciones y otros líquidos
- Orina

Los exámenes de imagenología se encuentran diferenciados en exámenes radiológicos simples y ecografías obstétricas y ginecológicas.

Definiciones Operacionales

Los exámenes de laboratorio y exámenes radiológicos simples se registran desagregados en REM BM18A y son de llenado automático.

Las ecografías obstétricas y ginecológicas se registran por tipo y profesional según corresponda.

Sección B: Procedimientos e intervenciones quirúrgicas de apoyo clínico y terapéutico

Definiciones conceptuales

La sección se compone de los procedimientos que se realizan en atención primaria según las siguientes agrupaciones: Otorrinolaringología, Neumología, Dermatología, Intervenciones Quirúrgicas Menores, Cardiología, Gastroenterología, Urología, Ortopedia y Traumatología, Ginecología y, Misceláneos.

Definiciones operacionales

El registro de actividades de esta sección se completa automáticamente debido a que se encuentra vinculado con la hoja BM18A.

Regla de consistencia

R.1: Total Ecografías Obstétricas por profesional considera la sumatoria de las ecografías de screening 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) realizadas por médico/a y matrona y ecografías transvaginales (control de Climaterio y Ginecológico) realizadas por Médico/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.

Sección C: Prescripciones administradas en urgencia

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 presenta regla de consistencia.

Sección D: 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 presenta regla de consistencia.

BM-18A: LIBRO PRESTACIONES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS MUNICIPALES)

SECCIONES DEL REM-BM 18a

Sección A: Exámenes de diagnóstico y exámenes de imagenología.

Sección B: Procedimientos e intervenciones quirúrgicas de apoyo clínico y terapéutico.

En este REM se incluye el detalle de las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico incluidas en el Plan de Salud Familiar que se realizan en establecimientos de atención primaria municipal y constituyen la base para el REM BM18.

Sección A: Exámenes de diagnóstico y de imagenología

Definiciones conceptuales

Se refiere a los diferentes exámenes de laboratorio e imagenología que se realizan de acuerdo con lo definido en el Plan de Salud Familiar, y se realizan en establecimientos de atención primaria.

Definiciones operacionales

Se registran los exámenes realizados en el mes del informe, desagregando si fue realizado en servicio de urgencia SAPU/SAR/SUR o Resto de Establecimientos de APS.

Compra de Servicios: Corresponde el registro de exámenes realizados 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 e intervenciones quirúrgicas de apoyo clínico y terapéutico

Definiciones conceptuales

Esta sección corresponde a las diferentes actividades que se realizan en establecimientos de atención primaria para asegurar la continuidad del cuidado de acuerdo con lo contenido en el Plan de Salud Familiar.

Cartridge para Troponina: Determinación de Enzimas Cardiacas: Troponina en sangre Cartridge Múltiple: Determinación Hematocritos, Hemoglobina, ELG, Creatinina en sangre 18.

Oxigenoterapia en Domicilio: Es la administración de oxígeno en el domicilio a pacientes crónico-estables que requieren oxígeno suplementario. Este tratamiento se aplica en el propio domicilio del paciente, siempre y cuando tengan las condiciones clínicas y domiciliarias necesarias.

Curación simple ambulatoria: Ejecutada por personal técnico o enfermera/o y 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 (herida compleja): Ejecutada por enfermera/o ó técnico de nivel superior de enfermería capacitado y bajo supervigilancia de enfermera/o a cargo. 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 cm.
Curación avanzada de pie diabético: Curación realizada en úlcera ubicada de maléolo hacia distal (incluye maléolo, zona metatarsal, tarsal y falanges). Se le denomina no tradicional o húmeda. Es ejecutada por

enfermera/o. Consiste en lavar la piel y la lesión con la finalidad de controlar carga bacteriana, aplicar un apósito interactivo, bioactivo o mixto y cuya frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión, apósito primario elegido y del criterio de enfermería. Promueve ambiente húmedo en la lesión. Puede o no realizarse desbridamiento.

Curación avanzada úlcera venosa: Curación realizada en úlcera ubicada en piernas por encima del maléolo (tobillo). Se denomina no tradicional o húmeda. Es ejecutada por enfermera/o. Consiste en lavar la piel y la lesión con la finalidad de controlar carga bacteriana, aplicar un apósito interactivo, bioactivo o mixto y cuya frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión, apósito primario elegido y del criterio de enfermería. Promueve ambiente húmedo en la lesión, se debe realizar sistema compresivo.

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.

Definiciones operacionales

En esta sección se registran las actividades según tipo y lugar en que se realiza, que puede ser SAPU/SAR/SUR o Resto Establecimientos APS.

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.

Monitoreo continuo de presión arterial: Toma de presión arterial de manera continua, con un dispositivo médico durante 24 horas, registrando automáticamente las lecturas de la presión arterial a intervalos regulares, usualmente cada 15 a 30 minutos durante el día y cada 30 min a 60 minutos en la noche. También llamado HOLTER de presión arterial**.**

Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (procedimiento de 3 evaluaciones de presión arterial finalizado): Toma de presión arterial que se realiza en los centros de APS, en distintos días, habitualmente tres. Se realiza con el fin de diagnosticar o evaluar efectividad del tratamiento. Es conocido también como perfil, blanqueo de presión arterial o MAPA. Para el registro el procedimiento debe estar finalizado.

Entrega de glucómetro: Se debe registrar a las personas que se les entrega un monitor de glicemias capilares para ajuste de tratamiento con insulina.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta regla de consistencia.

REM 2025-2026
SERIE D

REM D-15 PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)

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).

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.

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 (APLV).

Subprogramas y productos: Corresponde a la categorización que se realiza desde el ámbito del estado nutricional del beneficiario/a, o del tipo de patología, según sea el caso. Esta clasificación se vincula al rango 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 vigente, protocolos de gestión administrativa de cada subprograma y otros documentos que regulan el funcionamiento de los Programas alimentarios.

Se permitirá el registro de decimales de acuerdo con el 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, (**debiéndose registrar en Kilogramos).**

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 Purita + Pro2 deben usarse, exclusivamente, para registrar la entrega de este producto para los casos confirmados de enfermedad celíaca o restricción de sacarosa, según lo establecido en la Norma Técnica de los Programas Alimentarios.

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, pertenecen 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 o de Purita +Pro2 en las excepciones antes descritas.

En las celdas de "6 a 11 meses lactancia materna", se deben considerar a todas las personas que en este rango etario mantengan algún tipo de lactancia materna (con alimentación complementaria o con alguna fórmula láctea y alimentación complementaria).

Recuerde, para los productos: Fórmula de Inicio (FI), Fórmula Prematuros (FP), Fórmula Extensamente Hidrolizada (FEH) y Fórmula Aminoacídica (FAA), el registro debe hacerse en KILOGRAMOS (KG) aunque la presentación sea en gramos (por eso la planilla permite hasta 3 decimales)

Regla de consistencia

Esta sección no presenta 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 de que corresponda, el número de personas que retiran alimentos y que pertenecen a algún 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 excluyentemente 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 puede pertenecer 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 programas alimentarios

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 programas alimentarios.

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 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 programas alimentarios.

Se debe registrar, además, el número de mujeres que pertenecen a algún programa social, habiéndolas incorporados previamente en cada uno de los subprogramas respectivos.

En las celdas “6 a 11 meses lactancia materna”, se deben considerar a todas las personas que en este rango etario mantengan algún tipo de lactancia materna (con alimentación complementaria o con alguna fórmula láctea y alimentación complementaria).

Regla de consistencia

secciones A y B:

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 protocolos de gestión administrativa de cada subprograma y otros documentos que regulan el funcionamiento de los programas alimentarios. 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 (APLV).

Definiciones operacionales

Corresponden a las establecidas en la sección A.

Regla de consistencia

Esta sección no presenta reglas de consistencia

Recuerde, para los productos: Fórmula de Inicio (FI), Fórmula Prematuros (FP), Fórmula Extensamente Hidrolizada (FEH) y Fórmula Aminoacídica (FAA), no olvidar que el registro debe hacerse en KILOGRAMOS (KG) (por eso la planilla permite hasta 3 decimales).

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

Reglas de consistencia C y D

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/a.

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 con 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 y autorizadas de acuerdo con la Norma Técnica.

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)

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)

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 de Personas Mayores 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.

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 Nutra Max más Bebida Láctea Nutra Max dividido en dos (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). 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. Deben estar respaldados con la correspondiente documentación. 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 con 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 muy bien justificadas y autorizadas según la Norma Técnica.
- **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 Nutra Max y Bebida Láctea Nutra Max) 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 con 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.

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS SERIE A -BM-BS

A continuación, se desglosan por orden alfabético definiciones complementarias a las Series A-BM-BS

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.

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

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.

Trans: Es un término utilizado en el mundo occidental para describir a las personas cuya identidad de género no coincide con el sexo asignado al nacer.

- **Trans Masculino:** La persona de sexo “mujer” asignado al nacer, que se identifica a sí misma como de género masculino.
- **Trans Femenina:** La persona de sexo “hombre” asignado al nacer, que se identifica a sí misma como de género femenino.

*Sobre más información sobre esta variable, revisar Norma Técnica 231, de estándares de Información de Salud (ex Norma 820).

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, 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.

También es violencia intrafamiliar si la víctima es 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. Esto implica que es VIF cuando se ejerce contra padres, madres, hijos e hijas, las y los hermanos, abuelas y abuelos, nietas, nietos, tías, tíos, las y los sobrinos, bisabuelos y bisnietos. Los familiares pueden ser consanguíneos, es decir, que comparten sangre, o parientes políticos, que sería la familia del cónyuge o conviviente.

Se da además cuando esta conducta ocurre entre los padres de un hijo común, o sobre un menor de edad, adulto mayor o persona con discapacidad que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familia.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Norma Técnica N° 88: Para la atención en salud de personas afectadas por la represión política ejercida por el estado en el periodo de 1973-1990 [Internet]. 2006 [citado 21 de agosto de 2025]. p. 1–95. Disponible en: https://prais.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2020/10/norma-tecnica-88.pdf

2. Ministerio de Justicia. Ley N°20084: Establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal [Internet]. dic 7, 2005. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=244803

3. Ministerio de planificación y cooperación. Ley N° 19253 [Internet]. Congreso Nacional de Chile; oct 5, 1993. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30620

4. Ministerio de Salud. Norma Técnica 231. Estándares de información de Salud Feb2023. 2023.

5. Ministerio de Relaciones Exteriores. Decreto 236: Promulga el convenio Nº169 sobre pueblos Indígenas y tribales en países independientes de la organización internacional del trabajo [Internet]. oct 14, 2008. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=279441

6. Programa Nacional de Salud de la Infancia, Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Norma Técnica para la supervisión de Salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años. 2021.

7. Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. Plan Nacional por el derecho a vidas libres de violencia de género para mujeres niñas y diversidades 2022- 2030 [Internet]. 2023 [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2023/11/PLAN-VCM.pdf

8. Ministerio de Salud. Decreto N° 20 exento [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1201610

9. Ministerio de Salud. Norma técnica para la supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de Salud [Internet]. 2021 [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Cap%C3%ADtulo-3.pdf

10. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión red temática de salud Mental en la red general de Salud [Internet]. 2018 [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf

11. Ministerio de Salud. Norma general técnica Sobre Sistema Nacional de Farmacovigilancia de productos farmacéuticos de uso humano [Internet]. 2012 [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.ispch.cl/sites/default/files/u53/normatecnica_140.pdf

12. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Decreto N° 3 [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1026879

13. Ministerio de Salud. Decreto N° 404 [Internet]. 1983 [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=13057&idParte=

14. Ministerio de Salud. Decreto N°405 [Internet]. 1983 [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=13066&idParte=

15. Ministerio de salud. Decreto N°190 [Internet]. 2016 [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1091325&idVersion=2016-06-09

16. Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales. Chile Crece Contigo. 2015.

17. Ministerio de Planificación. Ley N° 20422: Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad [Internet]. Congreso nacional de Chile; feb 10, 2010. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903

18. Ministerio de Salud. Política de salud para el abordaje de las violencias de género. Santiago de Chile; 2022.

19. OMS. Nota descriptiva 239: Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Ginebra; 2011. Report No.: 239.

20. Ministerio de Justicia y derechos humanos. Ley N° 21120 [Internet]. Congreso Nacional de Chile; dic 10, 2018. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1126480

21. Subsecretaria Salud Pública, Subsecretaría de redes Asistenciales. Orientación técnica para la implementación del acompañamiento psicosocial a la identidad de género para niños, niñas y adolescentes, en la red de salud pública chilena. [Internet]. 2023 [citado 7 de agosto de 2025]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/01/2024.01.03_OT-ACOMPAN%CC%83AMIENTO-PSICOSOCIAL-IDENTIDAD-DE-GENERO-NNA.pdf

22. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Norma Técnica N°231 de “Estándares de Información en Salud” (2023) [Internet]. 2023 [citado 7 de agosto de 2025]. Disponible en: https://deis.minsal.cl/#normativas

23. Ministerio del Interior. Ley N°20000: Sustituye a la ley N°19366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas [Internet]. Congreso Nacional de Chile; feb, 2024. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=235507

24. Ministerio de salud. Norma técnica: Terapia Electro convulsivante Modificada. Santiago de Chile ; 2000.

25. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública. Protocolo de funcionamiento de comités de protección de infancia y adolescencia (CPIA) [Internet]. Santiago; 2023 nov [citado 7 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/PROTOCOLO-PROTECCION-INFANCIA-Y-ADOLESCENCIA_2023.pdf

26. Newfield E, Hart S, Dibble S, Kohler L. Female-to-male transgender quality of life. Quality of Life Research. 9 de noviembre de 2006;15(9):1447–57.

27. OMS. Gender incongruence and transgender health in the ICD [Internet]. [citado 11 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd

28. Subsecretaría de redes Asistenciales. Norma General Técnica N.º 237: Estándares asociados a las acciones y prestaciones de salud a distancia y telemedicina. Santiago ; 2024.

29. Ministerio de Justicia. Ley N°20066: Establece ley de violencia intrafamiliar [Internet]. Congreso nacional de Chile; jul, 2005. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=242648

30. Colque J. Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. Educa UMCH, ISSN-e 2617-0337, Nº 15 (Revista Educa - UMCH N°15 2020 (january - june)), 2020, 60 págs [Internet]. 2020 [citado 21 de agosto de 2025];2020(15):51–60. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7539913&info=resumen&idioma=ENG

31. Ministerio de Justicia. Ley N°20066: Establece ley de violencia intrafamiliar [Internet]. Congreso Nacional de Chile; jun 14, 2024. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=242648

32. Ministerio de Justicia y derechos humanos. Ley N°21057: Regula entrevistas grabadas en video y, otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales [Internet]. ene 20, 2022. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1113932

33. Ministerio de Planificación. Ley N°20422: Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad [Internet]. Congreso Nacional de Chile; feb 1, 2010. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903

34. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, DIPRECE. Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales. Santiago; 2017.

35. Ministerio de Salud, Departamento de Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades. Orientaciones técnicas para realizar el cepillado de dientes de niños y niñas que asisten a establecimientos de educación parvularia. Santiago; 2016.

36. Ministerio de Salud. Ley N°20987: Modifica el procedimiento para el examen del VIH respecto de menores de edad [Internet]. Congreso nacional de Chile; ene 19, 2017. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1099319&_gl=1*rzvgxx*_ga*MjMzNTc2NzIuMTcx

MjY5ODY0Nw..*_ga_QLTSW3NZ4C*czE3NTczMzk5NDYkbzEzOCRnMSR0MTc1NzM0MTQ5NCRqNTIkbDAkaDA.

37. Ministerio de Salud. Decreto 21: Aprueba Reglamento sobre el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertenencia cultural [Internet]. 2023 [citado 11 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1199560

38. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Ley N°20584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [Internet]. Chile; 2012 p. 16. Disponible en: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348

39. Ministerio secretaría general de la presidencia. Ley N°19880: Establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del estado [Internet]. may 22, 2023. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=210676

40. Ministerio de Salud. Norma Técnica N°0002: sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de: reporte de eventos adversos y eventos centinelas [Internet]. 2012 [citado 11 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/2012.-Norma-Tecnica-sobre-Reporte-de-Eventos-Adversos-y-Eventos-Centinela.pdf

41. Ministerio de Salud. Ley N°19966: Establece un régimen de garantías en Salud [Internet]. Congreso nacional de Chile; sep 3, 2004. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834

42. Ministerio de Salud. Ley N° 21372 [Internet]. sep 29, 2021. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1166183

43. Ministerio de Salud. Ley N° 21371 [Internet]. sep 21, 2021. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1165684

44. Ministerio de Salud. Ley N° 20850 [Internet]. Congreso Nacional de Chile; jun 6, 2015. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1078148

45. Ministerio secretaría general de la presidencia. Ley N° 20285 [Internet]. Congreso Nacional de Chile; ago 20, 2008. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=276363

46. Ministerio Secretaría general de Gobierno. Ley N° 20500 [Internet]. Congreso Nacional de Chile; feb 16, 2011. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1023143

47. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Decreto exento N° 65: Crea Consejo consultivo de adolescentes y jóvenes del Ministerio de Salud [Internet]. 2010. Disponible en: www.leychile.cl

48. Ministerio de Salud. Ley N°19937: Modifica el D.L. N°2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la

participación ciudadana [Internet]. Congreso Nacional de Chile; feb 24, 2008. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=221629

49. Holliday OJ. Guía de sistematización de experiencias: Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. 2017;

50. Ministerio de Salud. Decreto N° 58 [Internet]. 2009 [citado 11 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1002316

51. Ministerio de Salud. Anexo 1. Norma Técnica básica de Autorización Sanitaria para Establecimientos de Salud de Atención cerrada. 2009;

52. Ministerio de Salud. Norma técnica para establecimientos que otorgan prestaciones de Hospitalización domiciliaria. Santiago; 2024.

53. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para fortalecer el proceso quirúrgico de las cirugías menores. Santiago; 2025.

54. Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo. Agenda de Salud de la Mujer Gestante [Internet]. 2021 [citado 18 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2021/05/Agenda-de-Salud-de-la-Mujer-Gestante-2021.pdf

55. Ministerio de Salud. Ley N°21030: Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales [Internet]. Congreso Nacional de Chile; sep 23, 2017. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237

56. Ministerio de Salud. Norma técnica para el registro nacional de anomalías congénitas de Chile [Internet]. Santiago; 2015 [citado 21 de agosto de 2025]. Disponible en: https://repositoriodeis.minsal.cl/ContenidoSitioWeb2020/EstandaresNormativa/NORMA-T%C3%89CNICA-N%C2%BA183-RENACH.pdf

57. Sarnat HB, Sarnat MS. Neonatal encephalopathy following perinatal cerebral hypoxia-ischemia: classification of the clinical syndrome. Ann Neurol. 1976;18(1):58–67.

58. Ministerio de la Mujer y equidad de género. Ley N°21155 [Internet]. Congreso Nacional de Chile; 2019. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1131064

59. Ministerio de Salud. NORMA TÉCNICA N° 251: PESQUISA NEONATAL AMPLIADA. Santiago de Chile; 2025.

60. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes asistenciales. Decreto exento N° 38: 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

[Internet]. 2021 [citado 21 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1161894&f=2021-06-23

61. Ministerio de Salud. Dona Sangre –Ministerio de Salud - Gobierno de Chile [Internet]. 2021 [citado 7 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.minsal.cl/dona-sangre-descarga-de-archivos/

62. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Habilitación y Rehabilitación para el Trabajo. 2015 jun.

63. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención primaria, División de Gestión de la red Asistencial, Subsecretaria de Salud Pública, División de prevención y control de enfermedades. Protocolo de ecoscopía abdominal básica [Internet]. Santiago; 2024 nov [citado 7 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/06/2024.11.25_PROTOCOLO-ECOSCOPIA-ABDOMINAL_final.pdf

64. Ministerio de Salud. Ley N°21375: Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves [Internet]. Congreso Nacional de Chile; oct 21, 2021. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1166846