

MINISTERIO DE SALUD – GOBIERNO DE CHILE

ANEXO MANUALES SERIES REM 2014 - 2016

DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E
INFORMACIÓN DE SALUD



Versión 1.0 - Actualizado a Mayo 2014

Versión 1.1 - Actualizado a Junio 2014

Versión 1.1 Incluye:

- **REM A.03 (Actualización Secciones B.3 – B.4 – D.3)**
- **REM A.05 (Actualización Secciones Q – S – T – U)**
- **REM A.07 (Actualización Sección D)**
- **REM A.11 (Actualización Completa)**
- **REM A.19A (Actualización Secciones A y B)**
- **REM A.25.**
- **REM D.15 (Actualización Completa).**
- **REM D.16 (Actualización Completa).**
- **REM P (1-2-3-4-5-6-7-8-11).**
- **Anexo Información Tipos Establecimientos y Estrategias de Salud.**
- **Anexo Información PRAIS.**

Contenido

GENERALIDADES SOBRE REGISTRO REM	4
RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.01.....	10
RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.02.....	18
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.03.....	21
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.04.....	38
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.05.....	44
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.06.....	62
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.07.....	71
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.08.....	84
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.09.....	95
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.11.....	111
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.19a	122
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.19b	130
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.21.....	139
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.23.....	151
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.24.....	162
RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.25.....	167
RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.26.....	176
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.27.....	180
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.28.....	182
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BM.18	202
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BM.18A.....	209
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BS.0	212
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BS.17	213
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BS.17A	227
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-B.17C (Serie BS)	230
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-B.17D (Serie BS)	233

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-D.15	235
RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-D.16	243
RESUMEN ESTADISTICO REM-P1	248
RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P2.....	255
RESUMEN ESTADISTICO REM-P3.....	261
RESUMEN ESTADISTICO REM-P4.....	266
RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P5.....	274
RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P6.....	280
RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P7	285
RESUMEN ESTADISTICO REM-P8.....	288
RESUMEN ESTADISTICO REM-P11	290
RESUMEN ESTADISTICO REM-P12	292
Anexo Nº1	295
Anexo Nº2	297

GENERALIDADES SOBRE REGISTRO REM

1. REGISTRO DE SERIES EN LOS DISTINTOS TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS Y/O ESTRATEGIAS DE SALUD.

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

Por lo precedente, cada establecimiento de salud posee código DEIS asignado de acuerdo a la estructura señalada por Ordinario N° 358 Y Decreto 820 del 25 de Marzo 2014, dicho código debe ser solicitado por los Servicios de Salud con el envío de resolución exenta la cual señala la instalación del establecimiento, especificando Nombre, Comuna, dirección y dependencia. Durante año 2014, se implementara esta solicitud mediante el uso de plataforma denominada "Sistema de establecimientos".

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

Son establecimientos de salud los definidos por DFL 1: Consultorios Generales urbano

Consultorio general Rural, Hospitales de alta, mediana y baja complejidad, Centro de Referencia de Salud, Centros de Diagnóstico Terapéutico, Direcciones de Salud y establecimientos Privados. Todos con códigos de establecimientos independientes.

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

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 CECOFIS, PRAIS (con establecimiento independiente y atención exclusiva PRAIS), Clínicas dentales Móviles, COSAM. Para el caso de los SAPU, los que poseen códigos como establecimientos independientes debe informar de acuerdo a su clasificación, el resto deben tributar a través del establecimiento base al igual que las UAPO, Centros de Rehabilitación, entre otros. Anexo N°1

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

2. INFORMACIÓN A REGISTRAR EN ESTABLECIMIENTO DIRECCIÓN DEL SERVICIO (O10).

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

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

Para este código se informa:

SERIE A: para efectos de estadísticas de producción.

SERIE BS: para efectos de producción y facturación.

Para efectos de la Serie A y BS (ámbito de producción) la información de producción que debe ser informada corresponde a:

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

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

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

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

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

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

Compras de servicio a externos en 17D.

3. INFORMACIÓN A REGISTRAR EN PRAIS (O11).

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

Los PRAIS que dependan de un establecimiento base debe confeccionar sólo SERIE A. Las orientaciones de registro de producción de actividades que estos equipos realizan, se pueden visualizar dentro del Anexo. Anexo N°2

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

4. INFORMACIÓN A REGISTRAR EN ESTABLECIMIENTO CLÍNICA DENTAL MÓVIL (012).

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

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

Este establecimiento debe confeccionar sólo SERIE A.

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

5. INFORMACIÓN DE CENTROS DE SALUD FUNCIONARIOS.

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

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

6. REGISTRO DE ATENCIONES DE EQUIPOS PROFESIONALES MÓVILES.

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

7. COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS.

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

- Serie A: A07, A08, A09, A11 y A26,
- Serie BM: 18y 18A,
- Serie BS: 17, 17D.

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

- REM A: Como Producción del establecimiento que vende.
- Serie BS 17,
- Serie BM 18:

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

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

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

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

8. REM COBERTURA DE CANCER DE CUELLO UTERINO Y CANCER DE MAMA (P12).

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

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

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

9. REGISTROS DE ESTRATEGIAS COMUNALES.

Para el caso de Estrategias Comunales existente en Servicios de Salud, tales como laboratorio comunal, UAPO, Laboratorio Dental Comunal, Centros de Rehabilitación no adosados a

Establecimientos de Salud y que atienden a toda la comuna, esta producción se debe registrar en el CESFAM más representativo de la Comuna.

10. REGISTRO DE ATENCIONES DE SAPUDENT.

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

A continuación, los establecimientos que deben realizar este registro.

SERVICIO DE SALUD	COMUNA	ESTABLECIMIENTO	DEPENDENCIA	Código DEIS SAPUDENT	
				Código antiguo	Código Nuevo
ANTOFAGASTA	ANTOFAGASTA	NORTE DE ANTOFAGASTA	MUNICIPAL	03-800	103800
ANTOFAGASTA	CALAMA	ALEMANIA DE CALAMA	MUNICIPAL	03-807	103807
VALPARAISO SAN ANTONIO	VALPARAISO	PLACERES	MUNICIPAL	06-800	106800
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	VILLA ALEMANA	EDUARDO FREI	MUNICIPAL	07-828	107828
CONCEPCION	CHIGUAYANTE	CHIGUAYANTE	MUNICIPAL	18-807	118807
CONCEPCION	CORONEL	LAGUNILLAS	MUNICIPAL	18-812	118812
CONCEPCION	SAN PEDRO DE LA PAZ	SAN PEDRO DE LA PAZ	MUNICIPAL	18-808	118808
TALCAHUANO	HUALPEN	HUALPENCILLO	MUNICIPAL	19-801	119801
OSORNO	OSORNO	DR. PEDRO JÁUREGUI	MUNICIPAL	23-800	123800
METROPOLITANO ORIENTE	LAS CONDES	ANÍBAL ARIZTÍA	MUNICIPAL	12-806	112806
METROPOLITANO ORIENTE	ÑUÑO A	ROSITA RENARD	MUNICIPAL	12-810	112810
METROPOLITANO ORIENTE	PEÑALOEN	SAN LUIS	MUNICIPAL	12-815	112815
METROPOLITANO SUR	EL BOSQUE	CARLOS LORCA	MUNICIPAL	13-812	113812
METROPOLITANO SUR	LO ESPEJO	JULIO ACUÑA PINZÓN	MUNICIPAL	13-809	113809
METROPOLITANO NORTE	COLINA	COLINA	MUNICIPAL	09-810	109810
METROPOLITANO OCCIDENTE	RENCA	RENCA	MUNICIPAL	10-860	110860

REM 2014-2016

SERIE A

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.01 CONTROLES DE SALUD

ESTRUCTURA 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: Controles De Salud Grupal.

Sección E: Control De Salud Integral De Adolescentes Convenio Joven Sano.

Sección E.1: Control De Salud Integral De Adolescentes Convenio Espacio Amigable.

Sección F: Controles De Salud En Establecimiento Educativo.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.01

SECCIÓN A: CONTROLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Control Pre concepcional: Es la atención integral proporcionada en establecimientos con nivel primario de atención, otorgada por Médico o Matró (a), a la mujer en edad fértil, un hombre o una pareja para iniciar o posponer un embarazo. Su objetivo general es valorizar la condición de salud en la que se encuentran las personas involucradas en la decisión de una gestación.

Contribuye a la promoción, protección y recuperación de la salud de la mujer y su pareja, idealmente dentro del año que precede al inicio de un embarazo planificado.

Control Prenatal: Es la atención integral sistemática, periódica y preventiva, con enfoque biopsicosocial que se otorga a la embarazada en establecimientos con nivel primario de atención, otorgada por Médico o Matró (a), con el objeto de controlar la evolución de la gestación, fomentar estilos de vida saludables, prevenir complicaciones, diagnosticar, tratar la patología y derivar oportunamente, según norma, a niveles de mayor complejidad cuando corresponda. Educar a la madre, su pareja y familia, física y psíquicamente para el parto y nacimiento, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles parentales.

Control post parto y post aborto: Es la atención integral y con enfoque de riesgo que se otorga a la mujer en establecimientos con nivel primario de atención, otorgada por Médico o Matró (a), hasta el sexto mes post parto y posterior a un aborto, con el objeto de controlar la evolución normal de dichos períodos, prevenir y detectar cuadros mórbidos.

Control de púrpura y recién nacido: Es la atención proporcionada a la madre y a su hijo (a) en el transcurso de los 10 primeros días de vida del recién nacido, efectuado por Médico o Matró (a) en establecimientos con nivel primario de atención, en el cual se evalúa el estado de salud de ambos, las condiciones familiares para la evolución de la maternidad – paternidad y el apoyo para el cuidado de la madre y del niño o niña, el ajuste inicial entre la madre y el niño o niña y el fomento de la lactancia materna, si corresponde.

Control de púrpura y recién nacido entre 11 y 28 días: 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 el estado de salud de ambos, las condiciones familiares para la evolución de la maternidad – paternidad y el apoyo para el cuidado de la madre y del niño o niña, el ajuste inicial entre la madre y el niño o niña y el fomento de la lactancia materna, si corresponde.

Nota: Este control se efectúa si NO ha sido posible realizar la evaluación en el transcurso de los 10 primeros días de vida del recién nacido, por problemas de salud de la madre o el hijo(a), de lejanía u otros no atribuibles al Centro de Salud de Atención Primaria.

Control Ginecológico: Es la atención de salud ginecológica integral, otorgada por Médico o Matrón (a) establecimientos con nivel primario de atención, proporcionada a la población femenina a lo largo de su ciclo vital, con el objeto de fomentar y proteger la salud integral de la mujer.

Control del Climaterio: Es la atención sistemática otorgada por Médico o Matrón (a) en establecimientos con nivel primario de atención, proporcionada a la población femenina climatérica de 45 a 64 años, cuyo objeto es prevenir y detectar precozmente las patologías más frecuentes en este período del ciclo vital de la mujer, mejorando su calidad de vida.

Control de Regulación de Fecundidad: Es la atención integral otorgada por Médico o Matrón (a) en establecimientos con nivel primario de atención, proporcionada 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 SECCIÓN A:

Se registra el número de controles efectuados por médico y matrona, desagregados según el grupo de edad de la mujer. Para el caso de regulación de Fecundidad se debe consignar el Sexo de las personas atendidas. Estos controles de salud se encuentran dentro del marco del Programa de la Mujer, por lo tanto, son excluyentes de los controles de salud que se registran en Sección B.

En el control Prenatal, en caso que la embarazada asista en compañía de pareja, familiar u otro se debe registrar como control prenatal según edad y control con pareja familiar u otro. El número de controles con pareja u otro será menor o igual total de controles prenatales.

En el control de púerperas con DIADA se debe registrar control según edad de la madre y en caso que corresponda control con presencia del padre. El número de controles con presencia del padre será menor o igual total de controles con DIADA.

Si hay registros de 1° control de salud de púerpera con recién nacido, ya sea menor de 10 días o entre los 11 y 28 días de vida, DEBEN existir registros de ingresos de recién nacidos en REM A05, Sección E, con diferencias en cifras sólo por cambios de mes o inasistencias.

En el control de puerperio, si la madre asiste al primer control de salud (10 días o 11-28 días) SIN su recién nacido, por encontrarse hospitalizado, en incubadora, etc., se debe registrar en Sección A, como Control Post Parto y Post Aborto. No corresponde a Control con DIADA.

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

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

Esta sección incluye los registros derivados de Control Preconcepcional, Control Prenatal, Post parto y Post aborto, Puérpera con RN hasta 10 días de vida, Puérpera con RN entre 11-28 días, Control Ginecológico, Climaterio y Regulación de Fecundidad.

Se registra el número de controles efectuados por médico y matrona, desagregados según el grupo de edad de la mujer. Para el caso de regulación de Fecundidad se debe consignar el Sexo de las personas atendidas. Estos controles de salud se encuentran dentro del marco del Programa de la Mujer, por lo tanto, son excluyentes de los controles de salud que se registran en Sección B.

Se incluye para el control Prenatal la variable control con pareja familiar u otro y para el control de puérperas con DIADA se incluye el registro de control con presencia del padre.

SECCIÓN B: CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Control de Salud según Ciclo Vital: Atención sistemática, periódica y preventiva otorgada en establecimientos con nivel primario de atención, con el objeto de vigilar el normal crecimiento y desarrollo de niños y niñas, los riesgos físicos y sociales presentes durante la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura, que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en fases posteriores de la vida, entregando acciones básicas de fomento y protección de la salud, y de esta forma mejorar la calidad de vida de los individuos.

Los controles de salud de niño (a) sano en menores de 1 año, deben ser efectuados por un profesional médico, enfermera o matrona. En el caso de los niños(as) que se encuentren en zonas rurales o aisladas, y que por razones de fuerza mayor, la ronda no acceda al lugar, el técnico paramédico capacitado podrá efectuar un control de salud abreviado, a la espera de su próximo control

El control de salud abreviado efectuado por técnico paramédico, corresponde a la atención otorgada a niños (as) desde los 2 años hasta los 9 años, el cual incluye antropometría, aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo psicomotor (a los 2 años), derivación a entrega de alimentación complementaria y revisión de inmunizaciones al día. Este no reemplaza el control de salud del niño(a) por profesional, por lo cual se debe citar nuevamente para recibir el control correspondiente a la edad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Se registra el número de controles efectuados, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, según instrumento que realiza la actividad.

Si existen registros de controles efectuados por técnico paramédico en los grupos de edad de 12 a 17 meses o de 18 a 23 meses, se considera como control abreviado. Para el caso que se realice control de salud a Menores de 1 años, se deberá llevar registro local. No registrando en REM.

Estos controles de salud se encuentran dentro del marco promocional y preventivo en la que se atiende población "sana" a lo largo del ciclo vital de las personas.

Si existen controles de salud en el grupo de edad Menor de 1 mes, DEBEN existir registros de ingresos de recién nacidos en REM A05, Sección E.

Para el control de niños menores de 1 año y de 1 a 4 años se debe registrar si este se realiza con presencia del padre. Para el caso de que el padre asista sólo a control debe registrarse con presencia de padre igualmente.



SECCIÓN C: CONTROLES SEGÚN PROBLEMA DE SALUD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Control según Problema de Salud, Cardiovascular: Corresponde a la atención preventiva y de tratamiento otorgada en forma sistemática y periódica, a personas con factores de riesgo cardiovascular y/o con enfermedades cardiovasculares que se controlan en establecimientos con nivel primario de atención.

Control según Problema de Salud, Tuberculosis (TBC): Corresponde a la atención de seguimiento y tratamiento al paciente con tuberculosis otorgada en forma sistemática y periódica, otorgada por Médico o Enfermera (o) en establecimientos con nivel primario de atención. Las acciones a realizar en el control son :evaluar estado general del paciente, controlar su peso y evolución bacteriológica mensual, revisar cumplimiento del tratamiento, ajustar dosis en caso necesario, detección oportuna de toxicidad e intolerancia a los medicamentos, reforzar los contenidos educativos sobre la enfermedad y su tratamiento al paciente y su entorno familiar, aplicar el Score de Riesgo de Abandono y planificación de actividades para prevenir el abandono, iniciar y supervisar el Estudio de los Contactos.

Control de seguimiento a personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia: se entiende como aquella atención entregada por un/una profesional del equipo de salud en la que se evalúa el impacto en el tiempo de las acciones terapéuticas definidas en el plan de atención y, eventualmente, define, en conjunto con la persona en situación de fragilidad y/o la familia, ajustes en lo planificado para obtener los objetivos terapéuticos acordados. Para ello se requiere la aplicación del EFAM y la evaluación de la condición de riesgo pesquisada.

SECCIÓN D: CONTROLES DE SALUD GRUPAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Control de Salud Grupal: Es una actividad que forma parte de la atención sistemática y periódica otorgada en establecimientos con nivel primario de atención, que se otorga a menores de 24 meses y 4 años de edad, la cual se realiza en conjunto con el niño o niña y con sus padres o cuidadoras/es, en modalidad grupal. En este tipo de control el profesional de salud actúa como moderador y es la relación entre pares la que actúa al compartir experiencias de crianza y capacidades de auto cuidado entre las familias. El objetivo principal es monitorear el crecimiento y desarrollo, y detectar problemas de riesgos y rezagos de los niños (as), con la finalidad de desarrollar acciones para la promoción y protección de la salud.

El Control de Salud Grupal de 5 a 9 años, corresponde a la atención integral y resolutive, realizado por profesionales de la salud (médico y/o enfermera) el establecimiento educacional (público y subvencionado) y/o en el centro de salud, y es complementario al control que realiza la JUNAEB, contribuyendo a la promoción de factores protectores de la salud y el desarrollo, y a la pesquisa oportuna de problemas de salud prevalentes en este grupo de edad, derivándolo al establecimiento de salud para su posterior control y seguimiento.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Se registra el número de controles grupales efectuados por profesional a niños(as) de 24 meses, 4 y de 5 a 9 años de edad. Los controles efectuados en grupos de 4 y de 5 a 9 años corresponden a los controles realizados por profesional médico o enfermera en los establecimientos educacionales o en centro de salud.

SECCION E: DEFINICIÓN CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES CONVENIO JOVEN SANO

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Control de Salud Joven Sano: Corresponde a la atención de salud integral de adolescentes, que permite evaluar el estado de salud, el crecimiento y normal desarrollo, fomentando precozmente los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como, los problemas de salud, con objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo.

Debe utilizarse como instrumento de registro la Ficha CLAP. Este control es parte del Programa de Reforzamiento de APS desde el año 2013 y puede ser realizado en: Espacios Amigables/Diferenciados, Otros espacios del establecimiento de salud, En establecimientos educacionales, En otros lugares fuera del establecimiento de salud.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Se registra el total de controles de adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, según sexo, efectuados en: espacio amigable/diferenciado, otros espacios del establecimiento de salud,

establecimientos educacionales y en otros lugares fuera del establecimiento como SENAME o INJUV, financiados a través del Programa de Reforzamiento de APS (Convenio).

Los controles realizados a los adolescentes por convenio Joven Sano se deben registrar en Controles de Salud según ciclo vital Sección B.

SECCION E1: DEFINICIÓN CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES CONVENIO ESPACIO AMIGABLE

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E.1:

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.

Control de Salud: corresponde a la atención de salud integral de adolescentes, que permite evaluar el estado de salud, el crecimiento y normal desarrollo, fomentando precozmente los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como, los problemas de salud, con objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo*.

(* Fuente: Programa Nacional de Salud Integral de adolescentes y jóvenes (MINSAL, marzo 2012 y Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes: control joven sano marzo 2012).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E.1:

Se registra el total de controles de adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, según sexo, efectuados en espacio amigable/diferenciado.

Los controles realizados a los adolescentes por convenio Espacio Amigable se deben registrar en Controles de Salud según ciclo vital Sección B.

SECCION F: DEFINICIÓN CONTROL DE SALUD INTEGRAL EN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONALES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

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

Dentro de las consideraciones que se deben tener en cuenta para la ejecución de este control se destacan, el control puede ser efectuado de manera individual o grupal en el establecimiento educacional, dependiendo de la coordinación a nivel comunal entre los centros de salud y los establecimientos educacionales.

Si el control no es efectuado en presencia del padre o la madre se requiere consentimiento informado firmado, si no se cuenta con éste, el control no se puede realizar. Si el control es sin la presencia de la mamá, papá o cuidador principal, se deberá enviar con anticipación (previo al control) encuestas de auto aplicación el adulto responsable:

- Cuestionario de Salud Infantil.
- Cuestionario de evaluación grados de Tanner.
- Screening de Salud Mental.
- Screening de pesquisa de síntomas de asma.

NOTA: No realizar ni permitir la evaluación de los grados de Tanner en ausencia de la madre, padre o cuidador principal.

La programación de la atención en relación a la cobertura, estará determinada por el establecimiento, dependiendo si el control se efectúa en el centro de salud o en establecimiento educacional. Se debe realizar la atención a todo el curso, independiente de su previsión.

Los niños y niñas beneficiarios del sistema FONASA, que requieran prestaciones diferenciadas o evaluación específica (nutricionista, psicólogo, asistente social, entre otros profesionales), deben ser derivados a la oferta programática disponible en la red de salud pública, según corresponda.

En el caso de que el escolar cuente con otro sistema previsional, se deberá intencionar su derivación, informando al padre, madre y/o cuidadores el motivo de la derivación y la necesidad de la atención.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Corresponde a los controles entregados a niños y niñas de kínder a cuarto básico en establecimientos educacionales, los cuales deben desagregarse en grupales e individuales. Además se deberá señalar el número de niños y niñas que fueron atendidos bajo esta estrategia, distinguiendo su sexo y si pertenecen a población beneficiaria.

Para el caso de los Controles Individuales se debe registrar el total de controles (incluye beneficiarios y no beneficiarios del Sistema) según curso y sexo. A la vez se debe registrar en Sección B "Controles de Salud según Ciclo vital" total de niños controlados según edad, sexo y calidad previsional.

El número de niños atendidos con la modalidad de Control de Salud Grupal según curso debe ser registrado según sexo y n° de grupos por curso.

En Controles Grupales se debe registrar la cantidad de grupos por curso, ejemplo: Si a un Kinder se realiza control de salud grupal y se forman 5 grupos y en cada grupo hay 4 niños, se debe registrar de la siguiente manera:

Kínder → Total: 5 (grupos).
Total niños y niñas: 20.
Total Sexo: 10 mujeres y 10 hombres.

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.02

EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP) EN MAYORES DE 15 AÑOS

ESTRUCTURA 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).

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-A.02

SECCIÓN A: DEFINICIÓN EMP REALIZADO POR PROFESIONAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

EMP realizado por profesional: corresponde a la aplicación de acciones de salud garantizadas (Guía Clínica AUGÉ) periódicas (cada 3 años en el Sistema Público, o anual si es solicitado por el usuario) de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital, con el propósito de reducir la morbilidad asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables. Incluye la realización de exámenes y/o la aplicación de evaluaciones según riesgo.

Las acciones del EMP orientadas a la población adulta mayor tienen como objetivo pesquisar, prevenir y retardar la pérdida de la independencia y autonomía, por lo tanto, diferenciar entre sanos y enfermos no es la prioridad en este grupo de edad, dado que en su gran mayoría las personas mayores presentarán alguna enfermedad crónica o degenerativa.

Es importante destacar que está estipulado en la Ley 19.966, que es un profesional (preferentemente médico) quien, posterior a la realización de un EMP y resultado de los exámenes y evaluaciones, si estos están alterados, es el que da un diagnóstico; dando las indicaciones a la persona o derivándola donde corresponda.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Se registrarán los EMP, según sexo de los pacientes atendidos, desagregados por profesional que efectúa la actividad. El registro corresponde a EMP efectuado, es decir que en el examen se haya evaluado al paciente, clasificado por estado nutricional, aplicación de escalas y solicitud de exámenes, independiente de los resultados de éstos. Posteriormente cuando el paciente vuelve para control de exámenes indicados previamente en EMP, esta actividad se registra como Consulta profesional Médico o no Médico Sección A y B. REM 04.

Posteriormente el paciente puede ser derivado para ingresos a Programas si se detecta una patología crónica y/o morbilidad en caso necesario.

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

Si por falta de recurso humano en el establecimiento u otras razones de fuerza mayor, es el técnico paramédico quien realiza los exámenes de medicina preventiva en zonas urbanas, se deberá registrar en esta sección y justificar el argumento de este registro en la hoja "Control" de la Serie A.

SECCION B: EMP REALIZADOS SEGÚN RESULTADOS ESTADO NUTRICIONAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

EMP según resultado del estado nutricional: Corresponde a los Exámenes de Medicina Preventiva realizados, según las categorías del estado nutricional detectado en las personas en relación al Índice de Masa Corporal (IMC), las cuales se clasifican en Normal, Bajo Peso, Sobrepeso y Obesidad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

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

En el caso de los adultos mayores, a los cuales se les aplica EMPAM anualmente, este debe ser registrado en el grupo de edad correspondiente, independiente que ya pertenezca al Programa de Salud Cardiovascular u otro Programa de Salud.

Importante destacar que cuando se aplica el EMPAM y el paciente se controla además por una patología crónica, sólo se debe registrar como EMPAM, independiente de que al mismo tiempo se controle su patología de base, dado que toda actividad de salud tiene carácter integral.

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

SECCIÓN C: DEFINICIÓN RESULTADOS DE EMP SEGÚN ESTADO DE SALUD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Resultado de EMP según estado de salud: 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: Incluye a los fumadores diarios y ocasionales.

Presión Arterial Elevada: corresponde a las personas con presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg en 2 mediciones con al menos 5 minutos de diferencia durante el EMP.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Se registrará los factores de riesgos detectados al momento de aplicar el EMP, en relación a presencia de tabaquismo y presión arterial elevada (igual o mayor a 140/90 mmHg) según edad y sexo de las personas atendidas.

Los resultados de la evaluación de Consumo de Alcohol AUDIT, así como las intervenciones realizadas deben registrarse en SECCION D1 del REM A 03.

Los resultados son excluyentes, por lo que este registro NO es consistente con las secciones A y B, ya que 1 EMP puede presentar los 2 resultados descritos en esta sección o ninguno.

SECCIÓN D: DEFINICIÓN RESULTADOS DE EMP SEGÚN ESTADO DE SALUD (EXÁMENES DE LABORATORIO)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Resultado de EMP según estado de salud: 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. Estos resultados son:

Glicemia Alterada: corresponde a las personas con glicemia venosa en ayunas (tomada en laboratorio) entre 100 y 199 mg/dl.

Colesterol Elevado: corresponde a las personas con colesterol total igual o mayor a 200 mg/dl

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Se registrará 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.

La suma de los resultados son excluyentes por lo que esta información NO es consistente con las secciones A y B, ya que 1 EMP puede presentar los 2 resultados descritos en esta sección o ninguno, además de encontrarse desfasados desde el momento en que se aplicó el EMP, y el resultado final entregado por el laboratorio, por lo tanto, se deberá registrar el EMP en el mes que se efectuó y el resultado del examen al momento de obtenerlo.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.03 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN

ESTRUCTURA REM-A.03

Sección A: Aplicación De Instrumentos Y Resultados En El Niño (A).

Sección A1: Aplicación De Instrumentos De Evaluación En El Niño.

Sección A2: Resultados De La Aplicación De Escala De Evaluación Del Desarrollo Psicomotor.

Sección A3: Niños Y Niñas Con Rezago, Déficit U Otra Vulnerabilidad Derivados A Alguna Modalidad De Estimulación En La Primera Evaluación.

Resultados De Otras Aplicaciones De Escalas En El Niño.

Sección A.4: Resultados De La Aplicación De Pauta Breve.

Sección A.5: Resultados De La Aplicación De Protocolo Neurosensorial.

Sección A.6: Resultados De La Aplicación De Pauta De Observación De La Relación Vincular.

Sección A.7: Lactancia Materna En Menores Controlados.

Sección A.8: Resultados Tamizaje De Detección Trastorno Hiperkinético.

Sección B: Evaluación, Aplicación Y Resultados De La Aplicación De Escalas En La Mujer.

Sección B.1: Evaluación Del Estado Nutricional A Mujeres Controladas Al Octavo Mes Post Parto.

Sección B.2: Aplicación De Escala Según Evaluación De Riesgo Psicosocial Abreviada A Gestantes.

Sección B.3: Aplicación De Escala De Edimburgo A Gestantes Y Mujeres Post Parto.

Sección B.4: Resultados De La Aplicación De Escala De Edimburgo.

Sección C: Evaluación, Aplicación Y Resultados De La Aplicación De Escalas En Adolescente.

Sección C.1: Resultados De La Evaluación Del Estado Nutricional Del Adolescente Con Control Salud Integral.

Sección C.2: Resultados De Aplicación Escala De Okasha (Suicidalidad En Adolescentes De 14 A 19 Años).

Sección D: Otras Evaluaciones, Aplicaciones Y Resultados De Escalas En Todas Las Edades.

Sección D.1: Aplicación De Instrumento E Intervenciones Breves Por Patrón De Consumo Alcohol (Programa Vida Sana Y Otros).

Sección D.2: Resultados De La Aplicación De Instrumento De Valoración De Desempeño En Comunidad (IVADEC-CIF).

Sección D.3: Resultado Aplicación GHQ12.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.03

Sección A: Aplicación De Instrumentos Y Resultados En El Niño (A).

SECCIÓN A.1: APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN EL NIÑO (A).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Pauta Breve: 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 evalúa las áreas de coordinación, lenguaje, social y motor. La Pauta Breve se aplica en las edades: 4 meses, un año, un año tres meses, un año nueve meses y dos años.

Esta pauta permite clasificar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas en Pauta Breve normal o Pauta Breve alterada. Entenderemos por Pauta Breve alterada cuando en la evaluación, el niño o niña, no presenta al menos una de las conductas esperadas de ese rango de edad.

Esta pauta por tratarse de un tamizaje no identifica Rezago, Riesgo o Retraso del DSM, por lo que si resulta alterada deberá reevaluarse al niño dentro de los 15 días siguientes con el test de DSM que corresponde según edad.

Test de Desarrollo Psicomotor: se refiere a la aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), a los niños de 1 mes hasta 24 meses y el Test de Evaluación Psicomotor (TEPSI) a los niños de 2 a 5 años, durante el control de niño sano, que permite pesquisar a niños y niñas que presenten riesgo o retraso en su desarrollo psicomotriz, con el fin de intervenir junto con sus familias, mediante acciones de recuperación que contribuyan al logro de un desarrollo normal.*

Se ha priorizado la aplicación de estas evaluaciones en edades estratégicas: EEDP a los 8 y 18 meses y TEPSI a los 3 años.

Los resultados de la evaluación se clasifican en: Normal, Normal con Rezago, Riesgo y Retraso.

Estas escalas de evaluación también pueden ser aplicadas excepcionalmente en Visita Domiciliaria, Jardín Infantil, actividad que debe ser registrada en el Centro de Salud según población inscrita que corresponda.

Protocolo de Evaluación Neurosensorial: corresponde a la aplicación de un test de neurodesarrollo que tiene como objetivo pesquisar trastornos neurosensoriales en el niño. Se aplica en el Control de Salud de Niño Sano al mes y/o a los dos meses de edad.

Pauta de observación de la relación vincular: Corresponde a la aplicación de la Escala Massie-Campbell, que en base a criterios de observación, tiene como objetivo evaluar indicadores de la calidad del vínculo de apego madre/cuidador - hijo/hija en situaciones de stress. Los puntajes indican desde una relación de tipo evitativa, aislada y carente de reciprocidad a una relación más intensa, intrusiva y demandante de afecto. Se aplica en los Controles de Salud a los 4 y 12 meses de edad, como parte de la evaluación del desarrollo integral del niño y la niña en el ciclo vital.

Esta pauta será aplicada por profesionales con entrenamiento y certificación (Validados) por el Ministerio de Salud cada 3 años.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

Se registra la actividad que corresponde a la aplicación en los Controles de Salud de las escalas: Pauta Breve, Test del Desarrollo Psicomotor, Protocolo Neurosensorial y Pauta de observación de la relación vincular.

La aplicación de estas escalas están definida por norma técnica deben efectuarse en Controles de Salud a edades específicas, registrándose en el tramo de edad correspondiente.

Desde el punto de vista de facturación, la aplicación del Control de Salud con DSM es considerada como actividad con códigos FONASA (0102002), El resto de las pautas se consideran como actividad del control salud (0102001). En caso de aplicar solo escalas independientes de los controles pasa a ser una actividad no facturable.

(*) Fuente: Manual para el seguimiento y apoyo al desarrollo integral de niños de 0 a 6 años MINSAL 2008

SECCIÓN A.2: RESULTADOS DE APLICACIÓN DE ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

Primera Evaluación: Corresponde a las evaluaciones masivas del desarrollo psicomotor realizadas por primera vez a todos los niños(as) que reciben controles de salud a los 8 meses, 18 meses y 3 años de edad (grupos de edad priorizados). 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. En esta categoría no se suman los resultados de "Pauta Breve Alterada", ya que estos casos deben ser reevaluados con un Test de Desarrollo Psicomotor dentro de 15 días siguientes.

RIESGO: Puntaje global se encuentra dentro zona "Riesgo".

RETRASO: Puntaje global se encuentra dentro zona "Retraso".

Reevaluación: Corresponde a la aplicación de Test de Desarrollo Psicomotor realizada a niños y niñas, que fueron detectados con rezago o déficit en su desarrollo psicomotor en una primera evaluación, y que recibieron tratamiento según la Orientaciones Técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil. El principal objetivo de este registro es medir la eficacia de las

acciones de recuperación. El resultado de las reevaluaciones se clasifica en las siguientes categorías:

- Normal (de 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 (de 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 (de 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: corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación habían sido identificados con déficit o rezago del DSM y que al culminar un plan de tratamiento y ser reevaluados, obtienen un puntaje global "Normal" pero en alguna de los subtest o áreas evaluadas se encuentra en "Déficit".
- Riesgo: corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación habían sido identificados con déficit o rezago del DSM y que al culminar un plan de tratamiento y ser reevaluados, obtienen un puntaje global "Riesgo".
- Retraso: corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación habían sido identificados con déficit o rezago del DSM y que al culminar un plan de tratamiento y ser reevaluados, obtienen un puntaje global "Retraso".

Derivados a especialidad Considera aquellos niños derivados después de la primera evaluación que, corresponde a casos identificados con retraso en el DSM y que a criterio del equipo de salud requieren derivación directa por médico a especialista.

Se incluye en este mismo ítems los niños derivados por médico a especialidad que después de la reevaluación, son detectados en Riesgo y Retraso y siguen sin recuperarse después de realizada la intervención planificada.

Para efectos del indicador que evalúa a los niños diagnosticados con Riesgo de 12 a 23 meses en su primera evaluación y que son recuperados, los derivados a especialidad se consideran recuperados.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2:

Se registran los resultados de la totalidad de las aplicaciones de EEDP o TEPSI efectuados como Primera evaluación o Reevaluación, clasificados en Normal (de rezago, de riesgo, de retraso), Normal con Rezago, Riesgo y Retraso, por edad y por sexo de los niños (as) atendidos.

Se registran los niños derivados según sexo y edad que cumplan con los criterios técnicos establecidos.

Consideraciones:

- 1- La suma de los resultados de las aplicaciones realizadas en primera evaluación y reevaluación debe ser igual a la totalidad de las aplicaciones registradas en Sección A en "Test de Desarrollo Psicomotor", según edad.
2. El número total de derivaciones a especialidad debe ser menor o igual que la suma de niños evaluados como retraso primera evaluación y riesgo Y/o retraso en reevaluación

SECCIÓN A.3: NIÑOS Y NIÑAS CON REZAGO, DEFICIT U OTRA VULNERABILIDAD DERIVADOS A MODALIDAD DE ESTIMULACIÓN EN LA PRIMERA EVALUACIÓN.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.3:

Corresponde a los niños(as) que les fue aplicada la escala de evaluación de DSM, cuyo resultado obtuvo Normal con rezago, riesgo y/o retraso, además de los niños(as) que presentan otra vulnerabilidad psicosocial, en la primera evaluación, siendo derivados a estimulación.

Normal con Rezago: Corresponde a los niños y niñas derivados a alguna modalidad de estimulación en espacios físicos dentro o fuera del centro de salud (pertenecientes a la red de salud o red social), cuyo resultado de la aplicación de EEDP en menores de 2 años o TEPSI en niños (as) de 2 a 5 años, cuyo resultado es "Normal", pero tienen un área (Coordinación, Motora, Lenguaje, Social en el EEDP y Coordinación Motora y Lenguaje en el TEPSI) con Déficit del Desarrollo.

Riesgo y Retraso: Corresponde a niños y niñas derivados a alguna modalidad de estimulación en espacios físicos dentro o fuera del centro de salud (pertenecientes a la red de salud o red social), cuyo resultado de la aplicación de EEDP o TEPSI es Riesgo o Retraso.

Otra Vulnerabilidad: Corresponde a niños y niñas derivados a alguna modalidad de estimulación en espacios físicos dentro o fuera del centro de salud (pertenecientes a la red de salud o red social), cuyo resultado de la evaluación es Normal, pero presenta vulnerabilidad psicosocial que pudiese alterar su normal desarrollo. Esto puede generarse por condicionantes ambientales, riesgo biopsicosocial de los padres, entre otros, como por ejemplo:

- Niño (a) que este al cuidado de adultos con una capacidad reducida de protegerle y darle los cuidados básicos, afecto y estimulación necesarios para un óptimo desarrollo.
- Niño (a) cuya madre presentó algún factor de riesgo detectado en la Escala de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) durante la gestación.
- Madre, padre o cuidador(a) con cualquier trastorno de salud mental: depresivo, ansioso, bipolar, esquizofrenia, consumo problemático de alcohol y drogas, personalidad límite, entre otros.
- Madre, padre o cuidador(a) con categoría de apego con tendencia ambivalente o evitante medido por la Pauta de observación de la relación vincular (Escala Massie y Campbell).

- Cualquier situación contextual o ambiental que a juicio del profesional pueda afectar la capacidad de los padres, madres y cuidadores(as) para proteger, cuidar y entregar afecto y estimulación al niño o niña (zonas afectadas por terremoto, inundaciones, barrios con alto peligro ambiental, etc.)

Es importante señalar que los niños con retraso de DSM por causas biológicas o concomitantes a patologías no deben ser derivados a sala de estimulación como otras vulnerabilidades dado que no existen las competencias de estas salas a nivel nacional para que reciban una estimulación adecuada. La atención y /o derivación se debe registrar REM 28 Sección A3. "Ingresos por origen de la discapacidad, e origen Físico, Concepto Otros" donde serán atendidos por KNS y/o terapeuta ocupacional.

En estos casos para el cálculo de indicadores relacionados con evaluaciones de DSM deben ser excluidos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.3:

Se registra los niños (as) detectados en la primera evaluación de EEDP o TEPSI con resultado Normal con Rezago, Riesgo o Retraso y los niños(as) que presentan Otra Vulnerabilidad detectados con alguna de las pautas de evaluación, que fueron "derivados" a alguna modalidad de estimulación a un espacio físico dentro o fuera del centro de salud, por edad y sexo de los niños (as) atendidos.

Los niños(as) derivados que presentan Otra Vulnerabilidad, excluye a los niños(as) normal con rezago, riesgo o retraso y pueden ser derivados a cualquier edad establecida en el REM Sección A.3

Consideraciones:

Los niños(as) 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. Se destaca que esta derivación corresponde a niños desde 8 meses en adelante.

El resultado "Otra Vulnerabilidad" debe ser mayor o igual a la suma de los resultados de apego evitante y ambivalente de la sección A6, en los grupos de edad correspondientes.

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.

Nota: En el caso que los niños (as) sean derivados a estimulación y por alguna razón NO ingresaron a la sala de estimulación del centro de salud en el mes del informe, ya sea por disponibilidad de agenda, inasistencia del niño (a) a la hora solicitada, no se solicitó hora durante el mismo mes, DEBERAN 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.

RESULTADOS DE OTRAS APLICACIONES DE ESCALA EN EL NIÑO.

SECCIÓN A.4: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PAUTA BREVE.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.4:

Corresponde al registro del desarrollo psicomotor de los niños menores de 5 años, aplicada a través del instrumento "Pauta Breve", que tiene como resultados las categorías: Normal o Alterada. Esta evaluación se aplica a los 4, 12 y 24 meses, puede ser aplicada en otras edades si el profesional lo amerita.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.4:

La suma de los resultados registrados como Normal o alterada debe ser coincidente con el total de aplicaciones según edad.

SECCIÓN A.5: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLO NEUROSENSORIAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.5:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.5:

La suma de los resultados registrados en protocolo neurosensorial debe ser coincidente con el total de aplicaciones según edad.

SECCIÓN A.6: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PAUTA DE OBSERVACIÓN DE LA RELACIÓN VÍNCULAR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.6:

Corresponde a la evaluación de apego entre el niño (a) y su madre o cuidador, detectada a través del instrumento "Pauta de Observación de la Relación Vincular", que tiene como resultados las categorías: Apego Seguro, Apego Evitante y Apego Ambivalente.

Apego Seguro: corresponde al resultado de la aplicación de la pauta en que los niños (as) expresan libremente su stress ya que se sienten confiados en que los padres acudirán de un modo rápido y efectivo. Es el perfil donde la mayoría de las conductas se encuentran en la puntuación 3 y 4.

Apego Inseguro Evitante: corresponde al resultado de la aplicación de la pauta en que los niños (as) NO suelen expresar su stress, ya que no sienten que los padres serán efectivos en calmarlo (a). Es el perfil donde las conductas se ubican en el puntaje 1 y 2

Apego Inseguro Ambivalente: corresponde al resultado de la aplicación de la pauta en que los niños (as) suelen mostrar conductas extremadamente sensibles, de aferramiento hacia la madre, y muchas veces expresan rabia y frustración en momentos de separación. Es el perfil determinado por conductas ubicadas especialmente en el puntaje 5.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.6:

La suma de los resultados registrados en la Pauta de Observación de la Relación Vincular debe ser igual a la totalidad de aplicaciones según edad registradas en Sección A1.

La suma de los resultados de apego evitante y ambivalente NO debe ser mayor que el total de los niños(as) derivados a estimulación por "otra vulnerabilidad" de la sección A.3.

SECCIÓN A.7: LACTANCIA MATERNA EN MENORES CONTROLADOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.7:

La lactancia materna exclusiva significa que durante los primeros 6 meses de vida los/las bebés deben recibir únicamente leche materna de su madre, de una nodriza, o leche materna extraída y que no deben recibir ningún otro alimento o líquido a no ser jarabe o gotas de medicinas, vitaminas o minerales prescritos por el personal de salud.

Después de cumplidos los 6 meses, la lactancia debe continuarse, junto a otros alimentos complementarios, hasta cumplidos los 2 años y aún más.

Menores Controlados: Corresponde a los controles de niños que se realizan al 1°, 3°, 6° , 12°, 24° mes de edad de los menores: Se considera como intervalos de tiempo exclusivamente para efectos de medir la Lactancia Materna en la población bajo control independiente de la ejecución de los controles de salud, lo siguiente:

Controles del mes	Desde	Hasta
1 mes	20 días (*)	1 mes 15 días
3 meses	2 meses 16 días	3 meses 15 días
6 meses	5 meses 16 días	6 meses 15 días
12 meses	11 meses 16 días	12 meses 15 días
24 meses	23 meses 16 días	24 meses 15 días

Menores con Lactancia Materna Exclusiva: se refiere a los niños y niñas que como alimento reciben exclusivamente leche materna de su madre o leche materna extraída y que no deben recibir ningún otro alimento o líquido a no ser jarabe o gotas de medicinas, vitaminas o minerales recetados por el personal de salud. Se podrá considerar también en esta categoría a los niños y niñas del 3° y 6° mes que reciben ocasionalmente pequeñas cantidades de agua.

Menores con Lactancia Materna más sólidos: se refiere a los niños y niñas que reciben lactancia materna, sin fórmulas lácteas artificiales, y han incorporado en su alimentación, alimentos sólidos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.7:

Se registra los niños (as) que se encuentran con Lactancia Materna al momento de asistir a control sano del 1er mes, 3er mes, 6to mes, 12° y 24° mes.

Los niños (as) registrados en el control del 1er mes, 3er mes y 6to mes con Lactancia Materna Exclusiva, deben ser menor o igual a los niños (as) registrados en "Menores Controlados" de la misma edad.

En caso que el control se efectúe entre los 6 meses 1 días y 6 meses 15 días del niños o la niña, el profesional que realiza el control deberá preguntar a la madre si entregó lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses 29 días de vida, en caso que la respuesta sea afirmativa se registrará con LME (independiente que al día del control ya se hayan incorporado otros alimentos).

Los niños (as) registrados en el control del 12avo y 24vo mes con Lactancia Materna más Sólidos, deben ser menor o igual a los niños (as) registrados en "Menores Controlados" de la misma edad.

En caso que el control se efectúe entre los 12 meses 1 días y 12 meses 15 días del niños o la niña, el profesional que realiza el control deberá preguntar a la madre si entregó lactancia materna hasta los 11 meses 29 días de vida, en caso que la respuesta sea afirmativa se registrará con Lactancia Materna (independiente que al día del control ya se dejado de amamantar).

Aquellos niños/as que sean controladas entre los 24 meses 1 días y 24 meses 15 días, se les deberá preguntar si entregó lactancia materna hasta los 23 meses 29 días de vida.

SECCION A.8: RESULTADOS DEL TAMIZAJE DE DETECCIÓN TRASTORNOS HIPERCINETICOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.8:

Este screening evaluado a través del test de Conners, es utilizado con la finalidad de detectar signos de trastorno hiperactivo, que es uno de los trastornos de salud mental infantil de mayor prevalencia, siendo además uno de los indicadores de la estrategia nacional de salud que busca evaluar la "Tasa anual de niños, que ingresan a tratamiento por trastornos hiperactivos de la actividad"

El resultado de este tamizaje corresponde a las categorías: Normal y Alterado. Existen dos formas, una que responden los padres o cuidadores principales y otra que responden los profesores jefes. Se aplica durante los 6-7 años (segundo básico) y 8-9 años (cuarto básico). En el caso que el test lo respondan padres y profesores, sólo se registrará 1 aplicación por niño o niña.

Una vez valorizadas las respuestas, se suman los puntajes obtenidos en cada uno de los cuestionarios (profesores o padres) de manera independiente. Para cada cuestionario, una puntuación de 15 puntos o más indica sospecha de riesgo y debe ser derivada a médico para confirmación diagnóstica.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.8:

La suma de los resultados registrados en Test Conners, debe ser menor o igual al ingreso de trastornos hiperactivos, grupo de edad 5 a 9 años según sexo. REM 05 Sección N.

En el caso que el test lo respondan padres y profesores, sólo se registrará 1 aplicación y un resultado por niño o niña.

En caso que la evaluación del test informado por el padre y profesor tengan un puntaje menor a 15 puntos el resultado a registrar será "Normal", en caso que los resultados sean igual o mayor a 15 puntos se registrará como "alterada" y en caso que una evaluación tenga resultados de alterada y otra normal se consignará como resultado "Alterada".

SECCION B: EVALUACIÓN; APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALA EN LA MUJER.

SECCION B.1: EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE MUJERES CONTROLADAS AL 8º MES POST PARTO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.1:

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.

Tiene como objetivo vigilar la condición nutricional de este grupo de mujeres, con el fin de contribuir a la recuperación del peso pregestacional a través de la consejería en vida sana. Se clasifican en Normal, Bajo peso, Sobrepeso u Obesa. Se efectúa al 8º mes post parto para evaluar el impacto de las intervenciones previas (consulta nutricional al 3º y 6º mes post- parto y controles de salud durante este periodo).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.1:

Constituye un registro de incidencia y debe consignar el número de mujeres controladas al octavo mes post- parto y clasificada según estado nutricional, obesa, sobrepeso, normal y bajo peso.

SECCION B.2: APLICACIÓN DE ESCALA SEGÚN EVALUACIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL ABREVIADA A GESTANTES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.2:

Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA): es un instrumento de evaluación que se aplica a la gestante en el primer control de embarazo (al ingreso), para la detección de factores de riesgo psicosocial. Tiene como objetivo intervenir precozmente a las gestantes detectadas con factores de riesgo, evitando o reduciendo el impacto negativo de éstos en la gestación y el desarrollo del niño (a) en sus primeros años de vida.

Algunos de los factores de riesgo más comunes detectados en el periodo gestacional de la mujer son: adolescentes menor de 18 años, embarazo no deseado, consumo de alcohol y drogas, violencia de pareja, abuso sexual, baja escolaridad, entre otros.

Esta evaluación es una estrategia prioritaria para el seguimiento y apoyo al desarrollo infantil en el contexto del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo (ChCC).

Equipo de cabecera: se refiere 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

Los equipos de cabecera son conformados por el establecimiento según la realidad epidemiológica de la población y de la disponibilidad de recursos. Generalmente, están organizados por enfermeras, matronas, técnicos paramédicos, asistentes sociales y médicos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.2:

Se registra el número total de aplicaciones realizadas a gestantes ingresadas al establecimiento y Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo.

Las gestantes detectadas con factores de riesgo se registraran en la columna Riesgo y las derivadas a equipo de cabecera en la columna siguiente.

El número de gestantes derivadas a equipo de cabecera debe ser menor o igual a las gestantes clasificadas en riesgo, y éstas a su vez, debe ser menor o igual al total de gestantes con aplicación efectuada.

El total de las aplicaciones EPSA realizadas a gestantes en su control prenatal de ingreso, DEBE ser igual o menor al total de gestantes ingresadas a programa, registradas en REM A05, sección A

SECCION B.3: APLICACIÓN DE ESCALA EDIMBURGO A GESTANTES Y MUJERES POST PARTO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.3:

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

La puntuación de esta escala indica para el caso de las Gestantes que un puntaje de 13 o más puntos indica derivación a médico sea primera evaluación o reevaluación.

En mujeres post parto se aplica el instrumento en el control post parto o aborto y/o control de regulación de fertilidad (2 y 6 meses post parto). Si el resultado es de 11 o más puntos se deriva a médico para diagnóstico.

SECCION B.4: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALA EDIMBURGO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.4:

Los resultados corresponden a Madre con síntomas de depresión post parto o madre sin síntomas de depresión post parto.

Este instrumento también puede ser aplicado a la Madre, en Control sano de niño o niña a los 2 y 6 meses, entregando los mismo resultados 11 o más puntos corresponde a Madre con Síntomas de Depresión post parto.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIONES B.3 Y B.4:

Se registra el resultado de las evaluaciones según escalas de puntuación observada.

Si el instrumento se aplicó en el control sano de niño o niña debe ser registrado en la Sección B.3, en el grupo etario que corresponda.

SECCION C: EVALUACIÓN; APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS EN ADOLESCENTE.

SECCION C.1: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL CON CONTROL DE SALUD INTEGRAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.1:

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.

La evaluación nutricional se realizará según "La Norma Técnica de Evaluación Nutricional de niños y niñas de 6 a 18 años", vigente a la fecha.

Las categorías del estado nutricional del adolescente según IMC se clasifican en : Normal, Bajo Peso, Sobre Peso y Obeso.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.1:

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

La sumatoria de las evaluaciones del estado nutricional debe ser igual al número de controles informados en REM 1 Sección B. Grupo de 10 a 19 años.

SECCION C.2: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN ESCALA DE OKASHA

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.2:

En el contexto del Control de Salud Integral (Control Joven Sano), y de acuerdo al Plan Nacional de Prevención de Suicidio, se incorpora el instrumento de tamizaje de riesgo suicida en población adolescente (Escala de Suicidalidad de Okasha), el que será aplicado durante el Control de Salud, en grupos de 10 a 19 años.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.2:

Se registra el resultado de la aplicación de la escala de Okasha en población adolescente con control de salud integral, según punto de corte, sexo y rango de edad.

El número de adolescentes con aplicación de escala de Okasha debe ser igual al número de adolescentes con control de salud integral registrados en REM A01. Sección B Grupos de 10 - 19 años.

SECCION D: OTRAS EVALUACIONES APLICACIONES Y RESULTADOS DE ESCALAS EN TODAS LAS EDADES.

SECCION D.1: APLICACIÓN DE INSTRUMENTO E INTERVENCIONES BREVES POR PATRON DE CONSUMO ALCOHOL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D.1:

Corresponde a una evaluación breve del patrón de consumo de alcohol del consultante, que se aplica a través del instrumento AUDIT. Existen dos formas de aplicar este instrumento: AUDIT-C (test abreviado de 3 primeras preguntas del AUDIT completo) y AUDIT completo cuando corresponde (test completo, cuando el AUDIT-C ha detectado "consumo de riesgo").

La aplicación de este instrumento se realiza en cualquier momento que el Profesional lo estime pertinente.

Resultados de patrones de consumo de alcohol:

Consumo de Bajo Riesgo:

En AUDIT-C, cuando se obtiene un puntaje de 4 o menos puntos para Hombres y 3 o menos puntos para Mujeres. Se incluye en este grupo a los abstinentes.

En AUDIT, cuando se obtiene un puntaje de 7 o menos puntos. Se incluye a los abstinentes.

Las personas que se encuentran en esta categoría recibirán "intervención mínima". Consumo Riesgoso:

En AUDIT-C, cuando se obtiene un puntaje de 5 o más puntos para Hombres y 4 o más puntos para Mujeres. En estos casos se debe continuar con el AUDIT completo para diferenciar niveles de riesgo. Las personas cuando obtienen entre 8-15 puntos recibirán "intervención breve.

Posible Consumo Perjudicial o dependencia:

En AUDIT, cuando se obtiene un puntaje de 16 o más puntos.

Las personas que se encuentran en esta categoría pueden presentar trastornos asociados al uso de sustancias, es decir consumo problema o dependencia. En estos casos, recibirán una "derivación asistida" a un profesional de mayores competencias dentro del establecimiento de salud, con el objetivo de realizar una evaluación clínica más específica, e igualmente se realizará una intervención breve.

Consecuentemente, las acciones de intervención establecidas por el programa se dividen en tres grupos:

Intervención Mínima: Dirigida a los consultantes clasificados como Bajo Riesgo de consumo de alcohol, de acuerdo a evaluación AUDIT-C/AUDIT.*

La “intervención mínima” es un consejo psicoeducativo que refuerza el no consumo o el consumo de bajo riesgo del consultante. Esta intervención demora aproximadamente 10 minutos y debe ser realizada en el mismo momento de la evaluación realizada por el funcionario de salud.

Intervención Breve: Dirigida a los consultantes clasificados con Consumo de Riesgo de alcohol, de acuerdo a evaluación AUDIT.*

La “intervención breve” consiste en un consejo psicoeducativo de recomendación 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.

Esta intervención demora aproximadamente 20 minutos y debe ser realizada en el mismo momento de la evaluación realizada por el funcionario de salud.

Referencia (derivación) Asistida: Dirigida a los consultantes clasificados con posible Consumo Problema o Dependencia, de acuerdo a evaluación AUDIT.*

La “derivación asistida” consiste en la explicación al consultante de su alto nivel de consumo de acuerdo a la evaluación, y la recomendación de realizar una consulta a un nivel de mayor competencia para su evaluación clínica integral.

Esta intervención toma aproximadamente 20 minutos y debe ser realizada en el mismo momento de la evaluación realizada por el funcionario de salud.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D.1:

Se registra el número de evaluaciones aplicadas con el instrumento AUDIT C o AUDIT, en relación a sus resultados según categorías, puntaje e Intervenciones que se otorgan según edad y sexo.

SECCION D.2: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE VALORACION DE DESEMPEÑO EN COMUNIDAD (IVADEC_CIF)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D.2:

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

A fin de disminuir la posibilidad de que se presenten situaciones incómodas tanto para la persona evaluada como para el evaluador, se debe anticipar que a pesar de que existen ciertas preguntas cuyas respuestas puedan resultar obvias o innecesarias de contestar, por protocolo ninguna de ellas puede ser contestada por el profesional.

Finalmente, es importante orientar en cuanto al tiempo promedio que demora la aplicación del instrumento y observar que lo recomendado es finalizar la evaluación en una sola sesión.

ORIGEN FISICO: Patología física que da origen a la discapacidad; tales como: síndrome doloroso de origen traumático, síndrome doloroso de origen no traumático, artrosis leve y moderada de rodilla y cadera, secuela de ACV (AVE), secuelas de TEC, secuela TRM, secuela quemadura, enfermedad de Parkinson, otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años congénito, otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en menor de 20 años adquirido, otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en mayor de 20 años, otros

ORIGEN SENSORIAL VISUAL: Patología sensorial visual que da origen a la discapacidad; tales como: glaucoma, cataratas, retinopatía diabética, retinopatía del prematuro, otras retinopatías, vicios de refracción, estrabismo, degeneración macular, otros.

ORIGEN SENSORIAL AUDITIVO: Patología sensorial auditivo que da origen a la discapacidad; tales como: hipoacusia conductiva unilateral, hipoacusia conductiva bilateral, hipoacusia neurosensorial unilateral, hipoacusia neurosensorial bilateral y otros.

ORIGEN MENTAL PSIQUICO: Patología mental psíquica que da origen a la discapacidad; tales como: depresión, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, Alzheimer y otras demencias, trastornos conductuales asociados a demencia, esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria, otros.

ORIGEN MENTAL INTELECTUAL: Patología mental intelectual que da origen a la discapacidad; tales como: trastorno hiperkinéticos, de la actividad y de la atención, retraso mental, trastorno generalizados del desarrollo, otros.

ORIGEN MÚLTIPLE: 2 o más patologías que dan origen a la discapacidad.

EVALUACIÓN INGRESO: IVADEC aplicado al ingreso del usuario.

EVALUACIÓN EGRESO: IVADEC aplicado al egreso del usuario.

EVALUACIONES PARA CERTIFICACIÓN: IVADEC aplicado como Calificación para el Sistema de Calificación y Certificación de Discapacidad, para ser presentado a la COMPIN.

TOTAL DE EVALUACIONES: Sumatoria de los IVADEC aplicados por Origen de discapacidad

Los resultados son como sigue:

El resultado "SIN DISCAPACIDAD", corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad SIN DISCAPACIDAD

El resultado "DISCAPACIDAD LEVE", corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad DISCAPACIDAD LEVE

El resultado "DISCAPACIDAD MODERADA", corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad DISCAPACIDAD MODERADA

El resultado "DISCAPACIDAD SEVERA", corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad DISCAPACIDAD SEVERA

El resultado "DISCAPACIDAD PROFUNDA", corresponde a las personas que al ser evaluados con IVADEC-CIF obtienen como resultado de severidad DISCAPACIDAD PROFUNDA

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D.2:

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

SECCIÓN D.3: RESULTADO APLICACIÓN GHQ12.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D.3:

Resultado aplicación GHQ12: Corresponde al resultado de la aplicación del instrumento de tamizaje para trastorno mental GHQ12, aplicando a todo consultante mayor de 10 años y que tiene como resultados posibles:

Menos de 5 puntos: Sin sospecha de trastorno mental.

5 puntos y más: Con sospecha de trastorno mental.

En este último caso, se debe derivar a consulta médica para confirmación diagnóstica y consignar si se confirmó o no un trastorno mental.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D.3:

Se registra el número de resultados de la aplicación del Instrumento de GHQ12, en relación a sus resultados según edad y sexo.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.04 CONSULTAS

ESTRUCTURA 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 Extensión Horaria Según Jornada.

Sección E: Consultas De Morbilidad Solicitadas Y Rechazadas Dentro De Las 48 Hrs. De Solicitada La Atención.

Sección F: Consulta Abreviada.

Sección G: Atenciones Realizadas Por Agentes De Medicina Indígena En El Establecimiento.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.04

SECCION A: CONSULTAS MÉDICAS

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Consulta Médica: Es la atención profesional otorgada por el médico, a un paciente en un lugar destinado para esos fines en establecimientos de nivel primario de atención. Esta prestación 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, etc.

Las consultas se clasifican en: Infección Respiratoria Aguda (IRA) Alta, Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO), Neumonía, Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Otras Respiratorias, Obstétricas, Ginecológicas, Ginecológica por Infertilidad, Infección de Transmisión Sexual, VIH-SIDA y Otras Morbilidades.

Las patologías descritas incluyen:

Infección Respiratoria Aguda (IRA) Alta: Rinofaringitis – resfriado común – Faringitis- Adenoiditis – Rinitis aguda – Rinitis purulenta – Rinosinusitis-Sinusitis – Virosis respiratoria - Faringoamigdalitis – Amigdalitis aguda – Amigdalitis pultácea – Absceso amigdalino - Otitis media aguda – Otitis catarral – Faringoitis – Rinofaringoitis – Otitis Supurada – Mastoiditis.

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

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

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

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

Ginecológica: Atención proporcionada por especialista, 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 por especialista, que comprende evaluación diagnóstica, 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, a un/a paciente en un lugar destinado para esos fines, 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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registra el número de consultas realizadas, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, por tipo de consulta.

También, se registran las consultas realizadas a Beneficiarios, y deben estar incluidas en el Total de las consultas realizadas, desglosadas por edad y sexo de los atendidos.

SECCION B: CONSULTAS DE PROFESIONALES NO MEDICOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Es la atención otorgada por un profesional no médico a un paciente en un lugar destinado para esos fines en establecimientos con nivel primario de atención.

Consulta de Enfermera (o): Es la atención proporcionada por el profesional Enfermera que comprende: evaluación, diagnóstico de enfermería, determinación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo al plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Se incluyen en ella aquellas consultas de seguimiento y/o de apoyo diagnóstico para pacientes crónicos y otros.

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

Consulta de Matrona (on) (ITS): Es la atención proporcionada a la mujer y su pareja para prevenir la aparición de Infecciones de Transmisión Sexual, que comprende evaluación diagnóstico, determinación y ejecución de acciones de acuerdo al diagnóstico, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Se incluyen en ellas aquellas consultas de seguimiento y/o de apoyo diagnóstico.

Consulta de Matrona (on) (Infertilidad): Atención proporcionada por especialista, que comprende evaluación diagnóstico, determinación y ejecución de acciones de acuerdo al diagnóstico, registro. Se incluyen en ellas aquellas consultas de seguimiento y/o de apoyo diagnóstico.

Consulta de Matrona (on) (Otras Consultas): Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología obstétrica, por anticoncepción de emergencia o por otras patologías asociadas a la mujer, que no sea ginecológica, de infección de transmisión sexual o por VIH-SIDA.

Consulta Nutricionista: Es la atención dietética y dieto terapéutica proporcionada por la (el) profesional Nutricionista, a pacientes que presenten alguna alteración de tipo fisiopatológico o nutricional, para modificar o reforzar su alimentación y nutrición. Se incluyen en ella la atención nutricional por patologías referidas a pacientes crónicos, lactancia materna, celíacos, desnutridos, diabéticos y otras (incluyendo entre otras las consultas nutricionales de niño sano).

Consulta de Psicólogo(a): Es la atención individual proporcionada por Psicólogo(a), en un establecimiento de Atención Primaria, a las personas que presentan alto riesgo de enfermedad de salud mental, pero que NO ha sido ingresado al Programa de Salud Mental.

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 Kinesiólogo(a) (excluye REM 23 y REM 28): Es la atención proporcionada, en un establecimiento de Atención Primaria, a un paciente que ha sido derivado por profesional Médico en la que el (la) kinesiólogo(a) realiza, antes de iniciar el tratamiento, una evaluación sobre el estado osteomuscular del paciente y confecciona el plan de sesiones que realizará. No constituyen consultas la realización de los procedimientos establecidos en el plan terapéutico, los que deben ser registrados como sesiones de atención integral en los REM 17 y 18, según corresponda.

Consulta de Terapeuta Ocupacional: Es la atención proporcionada, por Terapeuta Ocupacional, 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 Medico (Excluye UAPO): Es la atención individual proporcionada por tecnólogo Medico a un paciente que es derivado y que presenta alguna alteración oftalmológica (Cataratas, Retinopatías, Vicios de Refracción, etc.), en establecimientos con nivel primario de atención, excluyendo a las Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO).

Consulta de tecnólogo Medico por Vicio de Refracción (UAPO): Es la atención individual proporcionada por tecnólogo Medico en la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), a un paciente que es derivado y que presenta alteración oftalmológica por Vicios de Refracción (presbicia, miopía, astigmatismo, hipermetropía). Según Ley 20.470 que modifica el Código Sanitario determinando la competencia de los Tecnólogos Médicos en el área de oftalmología, este profesional está facultado para detectar, diagnosticar y dar tratamiento a las personas que presenten Vicios de Refracción, incluyendo la prescripción de lentes y fármacos.

Consulta de tecnólogo Médico Otras Consultas (UAPO): Es la atención individual proporcionada por tecnólogo Médico, en la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), a un paciente que es derivado y que presenta otras alteraciones oftalmológicas, que no incluya Vicios de Refracción.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: Se registra el número de consultas realizadas, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, por tipo de consulta y funcionario que realiza la actividad. También, se registran las consultas realizadas a Beneficiarios, y deben estar incluidas en el Total de las consultas realizadas, desglosadas por edad y sexo de los atendidos.

Refuerzo de registro en las consultas del Kinesiólogo corresponde solo a evaluaciones Ostemusculares y/o posturales además de cualquier otra consulta que no esté incluido en los REM 23 y REM 28. Todo procedimiento que tenga relación a la consulta del Kinesiólogo debe ser registrado en el REM BS o BM.

SECCIÓN C: CONSULTAS ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (Incluidas en Sección A y B).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: se registra la consulta por anticoncepción de emergencia realizada por médico y matrona (ón), según grupo de edad, con y sin entrega de anticonceptivo.

Las consultas médicas deben estar incluidas en la Sección A y las realizada por Matrona (ón), deben estar incluidas en Sección B.

SECCIÓN D: CONSULTAS EN EXTENSIÓN HORARIA SEGÚN JORNADA (Incluidas en las consultas de morbilidad se sección A y B)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Extensión Horaria Vespertina, Sábado, Domingo o Festivo : Consiste en la actividad que se realiza fuera de la jornada normal del Establecimiento con el fin de brindar acceso a la atención de salud hasta las 20 horas de Lunes a Viernes o cuando, por circunstancias específicas, sea necesario otorgar atención sábados, domingos o festivos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D: se registra las consultas 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 atendidos. Las consultas registradas en esta sección deben estar incluidas en la secciones A y B respectivamente.

SECCION E: CONSULTAS DE MORBILIDAD SOLICITADAS Y RECHAZADAS DENTRO DE LAS 48 HORAS DE SOLICITADA LA ATENCIÓN.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Atención Solicitada: corresponde al número de solicitudes de atención médica, de niño o niña menor de cinco años, y de adultos mayores (65 y más años).

Rechazo: es entendido como la no dación de hora en las 48 horas siguientes a la solicitud o no agendamiento de la atención solicitada.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E: se registra el número de consultas solicitadas y rechazadas dentro de las 48 hrs. de solicitada la atención, en los grupos priorizados menores de 5 años, adultos mayores de 65 y más años y embarazadas, realizadas durante horario normal y en extensión horaria.

SECCION F: CONSULTA ABREVIADA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

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 esta es de 12 consultas por hora médico.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D.3:

Sección F: se registra el Total de las consultas abreviadas, durante el mes informado. NO debe incluirse en Sección A.

SECCION G: ATENCIONES REALIZADAS POR AGENTES DE MEDICINA INDIGENA EN EL ESTABLECIMIENTO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

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

Los Yatiris en el norte y las Machis en el sur, son los agentes de salud indígena más reconocidos de las dos culturas que cuentan con una mayor población en Chile.

Yatiri: se denomina como “es el que sabe”, guía espiritual del pueblo Aymara, con dones para sanar. Es el mediador entre los seres divinos y los hombres dentro del sistema ritual andino. Componen huesos y si es mujer tiene el don de ser partera.

Qulliri o Kolliri: es el sanador tradicional de los Aymaras. Es la persona que conoce el arte de la medicina herbolaria y lo ejerce según costumbres ancestrales. Componen huesos y si es mujer tiene el don de ser partera.

Machi: es el nombre que recibe la persona, hombre o mujer, que realiza acciones de salud dentro del sistema medico mapuche. Su distinción radica principalmente en su capacidad de conexión con su Newen o fuerza formadora y que se representa a través del REWE como espacio ceremonial. Su labor principal consiste en identificar una enfermedad, sus causas y tratamiento, restableciendo la armonía en el espacio territorial.

Lawenche y/o Lawentuchefe: se trata de personas con capacidad para distinguir una enfermedad, amortiguar las molestias a través de distintos recursos medicinales y conocedora de las propiedades curativas de las plantas medicinales.

Punenelchefe: este rol está relacionado con el cuidado y tratamiento del sistema reproductivo, tanto en edad reproductiva como en enfermedades que se acrecientan con los años y al cual se exponen las mujeres como los hombres.

En mujeres, el tratamiento se recibe durante el proceso de gestación, parto y puerperio y en los hombres en caso de presentar dificultad para procrear y termino del ciclo reproductivo. Una de las técnicas más reconocidas es el elputran – se trata de corregir una posición del bebe, acomodar el vientre y Ngulam o consejo para favorecer el normal crecimiento del punen – hijo/a.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: se registra el número de atenciones efectuadas por agentes de medicina indígena, realizadas en el establecimiento de salud. No se incluyen las atenciones efectuadas por estos agentes, que sean realizados en espacios adecuados por su cultura, fuera del establecimiento de salud como por ejemplo “rucas”.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.05 INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD

ESTRUCTURA 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.
- Sección C: Ingresos A Regulación De Fertilidad, Según Edad.
- Sección D: Ingresos A Control De Climaterio.
- Sección E: Ingresos A Control De Salud De Recién Nacidos.
- Sección F: Ingresos A Salas De Estimulación En El Centro De Salud.
- Sección G: Egresos De Sala De Estimulación Y Resultados De La Reevaluación Post Egreso.
- Sección H: Ingresos Al PSCV.
- Sección I: Egresos Del PSCV.
- Sección J: Ingreso Y Egreso A Tratamiento De Prediabetes (Bloqueado).
- Sección K: Ingresos Y Egresos De Pacientes Con Dependencia Leve, Moderada Y Severa.
- Sección L: Ingresos Al Programa Del Adulto Mayor Según Condición De Funcionalidad.
- Sección M: Egresos Al Programa Del Adulto Mayor Según Condición De Funcionalidad.
- Sección N: Ingresos Al Programa De Salud Mental En APS/Especialidad.
- Sección O: Egresos Del Programa De Salud Mental Por Altas Clínicas En APS/Especialidad.
- Sección P: Ingresos Al Programa De Alcohol Y Drogas En APS.
- Sección Q: Egresos Del Programa Alcohol Y Drogas En APS.
- Sección R: Programa De Rehabilitación (Personas Con Trastornos Psiquiátricos).
- Sección S: Ingresos Y Egresos A Programa Infección Por Transmisión Sexual.
- Sección T: Ingresos Y Egresos A Programa De VIH/Sida.
- Sección U: Ingresos Y Egresos Por Comercio Sexual.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.05

Generalidades: En las secciones de este REM se registra el número de ingresos nuevos y egresos de personas a los programas de salud definidos en él, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas, por tipo de condición, patología o factor de riesgo.

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

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.

Ingresos: Corresponde al número de personas que ingresan por primera vez a programas de salud (incidencia), que tiene por finalidad dar protección y promoción de una vida saludable a la población, y por otra parte a programas de control y seguimiento de pacientes con alguna enfermedad o problema de salud.

Traslado: se refieren a las personas que se movilizan de un establecimiento a otro de la red, del mismo Servicio de Salud u otro, para continuar con su tratamiento. Generalmente, se produce por cambio de domicilio. En el caso de los establecimientos que reciben personas trasladadas, No deberán contabilizar para efectos de este REM el ingreso al establecimiento, ya que la persona trasladada no constituye un nuevo ingreso al Programa. De la misma manera, el establecimiento que traslada a la persona, no debe contabilizar para efectos de este REM, el egreso del establecimiento, ya que la persona no ha dejado el programa, solo cambia lugar de atención.

Egresos: Corresponde al total de personas que dejan de controlarse en algún programa específico de salud, ya sea por alta, fallecimiento o abandono de programa.

Egresos por abandono: se refieren a las personas que han permanecido inasistentes en algún programa específico de salud, efectuándose en un período determinado acciones de rescate de inasistentes.

SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Total Gestantes Ingresadas: corresponde a las gestantes que ingresan por primera vez a control en un establecimiento con nivel primario de atención, con el fin de controlar la evolución de la gestación, fomentar estilos de vida saludables, prevenir complicaciones y preparar a la madre, su pareja y familia, física y psíquicamente para el parto y nacimiento, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles parentales.

Primigestas ingresadas: corresponde a las mujeres que con un primer embarazo ingresan por primera vez a control prenatal en un establecimiento con nivel primario de atención.

Gestantes ingresadas antes de las 14 semanas: corresponde a las gestantes con menos de 14 semanas de gestación que ingresan a control prenatal en un establecimiento con nivel primario de atención.

Gestantes con Ecografía antes de las 20 semanas: corresponde a las gestantes con menos de 20 semanas de gestación, que en el mes informado, se les ha realizado el examen ultrasonográfico.

Gestante con Embarazo no Planificado: corresponde a las gestantes que ingresan a control prenatal por primera vez en un establecimiento con nivel primario de atención, las cuales NO han planificado su embarazo, ya sea por falla, ausencia o uso inadecuado del método anticonceptivo.

Total de gestantes con examen de Chagas realizado: Corresponde a la cantidad (número total) de gestantes, según edad, a las que en el mes informado se les ha realizado el examen de tamizaje para la enfermedad de Chagas, que obtuvieron el resultado y éste fue registrado en la ficha correspondiente.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registran los ingresos nuevos de gestantes que ingresan a control al Programa Prenatal, según edad.

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

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

Se registra el número total de gestantes con Examen de Chagas realizado, según grupos de edad.

El total de gestantes ingresadas a programa debe ser mayor o igual al total de aplicaciones a gestantes registradas en REM A03, sección G y H.

SECCIÓN B: INGRESOS DE GESTANTES CON PATOLOGÍA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO A LA UNIDAD DE ARO (Nivel Secundario).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Gestantes Ingresadas: Corresponde a las embarazadas que ingresan a control prenatal por primera vez a las Unidades de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) en el nivel secundario, según las patologías definidas por dicho Programa.

Las patologías por las que ingresan las gestantes a este nivel son: Preeclampsia (PE), Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE), Síntomas de Parto Prematuro, Retardo Crecimiento Intrauterino (RCIU), SÍFILIS, VIH, Diabetes, Cesárea anterior, Malformación Congénita y Otras patologías del embarazo (Hipertensión Crónica, Nefropatía, Cardiopatía, polihidroamnios, etc.).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: Se registra a las mujeres que ingresan a control prenatal por primera vez a las Unidades de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del nivel secundario, derivado por las patologías señaladas en el REM.

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, SEGÚN EDAD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Regulación de Fertilidad: corresponde a las personas que ingresan por primera vez al Programa de Regulación de Fertilidad en establecimientos con nivel primario de atención, y acceden a cualquier método anticonceptivo, con el fin de lograr una adecuada salud reproductiva, reduciendo la mortalidad materna-perinatal y el embarazo no planificado. Los métodos se clasifican en Dispositivo Intra Uterino (DIU), Hormonal (Oral combinado y progestágeno, Inyectable combinado y progestágeno e Implante) y Preservativo (Mujer y Hombre).

Método de Regulación de fertilidad más Preservativo: corresponde a las personas que ingresan por primera vez al Programa de Regulación de Fertilidad en establecimientos con nivel primario de atención, y acceden a cualquier método anticonceptivo más Preservativos, con el fin de lograr una adecuada salud reproductiva, reduciendo la mortalidad materna-perinatal , el embarazo no planificado y prevención de Infecciones Transmisión Sexual.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: se registra el número de personas que ingresan al programa de regulación d fertilidad, según método anticonceptivo, edad y sexo de las personas que ingresan.

Método de regulación de fertilidad más preservativo, es un dato ilustrativo de aquellos ingresos al programa, por método, que además están recibiendo preservativos.

SECCIÓN D: INGRESOS A PROGRAMA CONTROL DE CLIMATERIO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Control de Climaterio: corresponde a las mujeres de 45 a 64 años, que ingresan por primera vez al Programa de Control de Climaterio en establecimientos con nivel primario de atención, con el fin de prevenir y detectar precozmente las patologías que generalmente se desarrollan en esta etapa del ciclo vital de la mujer.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

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

SECCIÓN E: INGRESOS A CONTROL DE SALUD DE RECIÉN NACIDOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Corresponde a los niños y niñas menores de 28 días que ingresan a control de niño(a) sano(a) en establecimientos con nivel primario de atención. El ingreso del recién nacido debe ser idealmente en control de salud dentro de los 10 primeros días de vida como "Control de la Diada Madre-Hijo(a)".

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

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

SECCIÓN F: INGRESOS A SALAS DE ESTIMULACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Salas de estimulación: corresponde a un espacio físico implementado en el establecimiento de atención primaria, que puede ser permanente o transitoria, para realizar intervención clínica y psicoeducativa de tipo preventivo y promocional para el desarrollo infantil, proporcionado por un profesional especializado(a).

Las funciones principales de esta intervención son la prevención secundaria y primaria de déficits y rezagos en el desarrollo; y la promoción del desarrollo a través de la atención directa a niños(as) con sus familias (individual o grupal) y de talleres educativos, en coordinación con la red intrasectorial e intersectorial.

Algunas de las actividades que se realizan con el fin de fomentar la interacción entre padres, madres, cuidadores e hijos(as) son: juegos interactivos, fomento de posición prona, fomento de lenguaje, fomento de hitos ideomotoros, trabajo en sensibilidad materna, buen trato, seguridad, uso de aparatos, lectura dialogada, estimulación adecuada a la edad y a las neurociencias, entre otras.

Ingresos a sala: corresponde a los niños y niñas que ingresan por primera vez a la sala de estimulación del establecimiento, que fueron derivados por un profesional, que detectó en el control de salud una condición de rezago, riesgo o retraso en su desarrollo psicomotor, u otra vulnerabilidad biopsicosocial que podría afectar su normal desarrollo.

Se clasifican en:

Normal con Rezago: 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 Normal (el promedio total de todas las sub áreas cae en normal), pero que en una de las sub áreas del test presenta la categoría de riesgo o retraso.

Riesgo: 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 Riesgo, es decir que el puntaje total de todas las sub áreas está una desviación estándar bajo el promedio.

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

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

A los niños (as) menores de 6 meses que se les aplica la Pauta Breve, y obtienen como resultado la categoría "alterado", se debe realizar por normativa la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, para detectar el nivel de retraso que presenta. Si obtiene como resultado Rezago, Riesgo o Retraso debe ser derivado e ingresado a sala de estimulación del establecimiento.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Sección F: los ingresos a salas de estimulación en el centro de salud, según clasificación y edad NO debe ser mayor que los niños(as) derivados a alguna modalidad de estimulación registrados en el REM A03, sección C.

Nota.1: En el caso de Postas de Salud Rural, en las que se ha contratado Educadoras de Párvulos, y realizan ingreso a Salas de Estimulación, deberán ser registradas en esta sección y además en el REM BM-18, sección H

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

SECCIÓN G: EGRESOS DE SALA DE ESTIMULACION Y RESULTADOS DE LA REEVALUACION POST EGRESO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

Egresos a sala: egresos que fueron la reevaluación por un profesional distinto al que realizó el tratamiento y en el contexto del control de salud infantil

MOTIVO EGRESO:

Egresos "Cumplimiento de tratamiento" (o alta): Corresponde a los egresos de niños y niñas a los cuales se les realiza a totalidad el plan de trabajo elaborado en Sala de Estimulación al ingreso.

Egresos "Inasistentes": Corresponde a los egresos de niños y niñas que cumplen con el plazo máximo de inasistencia a sesiones planificadas en Sala de Estimulación, y que tras las gestiones de recuperación no se reincorporan.

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

Recuperados: son todos los egresos de niños y niñas que al ser reevaluados con test de desarrollo psicomotor, obtienen un puntaje global y de cada sub pruebas/áreas dentro de lo esperado para su edad.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: los egresos a salas de estimulación en el centro de salud, y resultados de las reevaluaciones.

SECCIÓN H: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:

Ingresos al PSCV: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a control en el Programa de Salud Cardiovascular de establecimientos con nivel primario de atención, con el fin de controlar periódicamente las enfermedades cardiovasculares que padecen. Si una persona es portadora de dos o más patologías se considera como un sólo ingreso a dicho programa.

Ingresos según patología: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a control en el Programa de Salud Cardiovascular de establecimientos con nivel primario de atención, por las patologías cardiovasculares: Hipertensión, Diabetes Mellitus o Dislipidemia.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN H:

Sección H: se registra en "Ingresos al PSCV", el número de personas que ingresan al programa cardiovascular, por única vez, independiente que padezca más de una patología. Sin embargo, en la clasificación de cada patología cardiovascular, se debe registrar por cada una de ellas, que puede ser en el momento que ingresa al programa por primera vez, o cuando se le detecte posteriormente otra patología cardiovascular. En este último caso se registra sólo el ingreso en la patología detectada NO como ingreso/persona al PSCV.

SECCIÓN I: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN I:

Total Egresos: Corresponde al total de personas que dejan de controlarse en el programa, ya sea por traslados, fallecimiento, abandono de tratamiento, etc.

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

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 del programa por fallecimiento, que puede ser por la o las patologías que se estaba tratando o por cualquier otra circunstancia.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN I:

Sección I: se registran los egresos totales del Programa, desglosado por edad y sexo de las personas. (Incluye abandono, traslado y fallecimiento.)

El número de egresos por abandono se registra en la antepenúltima columna de la sección y debe ser menor que el "total" de egresos desglosados por edad y sexo.

El número de egresos por traslado se registra en la penúltima columna de la sección y debe ser menor que el "total" de egresos desglosados por edad y sexo.

El número de egresos por fallecimiento se registra en la última columna de la sección y debe ser menor que el "total" de egresos desglosados por edad y sexo.

La suma de los egresos por causa (abandono, traslado y fallecimiento) debe ser igual al Total de egresos.

SECCIÓN K: INGRESOS Y EGRESOS AL PROGRAMA DE PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE, MODERADA Y SEVERA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN K:

Ingresos: Corresponde a la inclusión en el Programa de pacientes con Dependencia a personas que son controladas en el establecimiento y se encuentran en situación de discapacidad leve, moderada o severa física y/o psíquica, reversible o irreversible, con dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Los ingresos se clasifican en pacientes con Dependencia Leve, Dependencia Moderada, Dependencia Severa (oncológicos y no oncológicos) y Dependencia Severa con escaras.

Total Egresos: Corresponde al total de personas que dejan de recibir atención como pacientes con dependencia, sea la causa alta, traslados, fallecimientos, abandonos de tratamiento, etc.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN K:

Sección K: se registran los ingresos al programa por condición de dependencia, según edad y sexo de las personas atendidas.

Las personas ingresadas que padecen dependencia severa con escaras deben estar contenidas en el registro de personas con dependencia severa oncológico o no oncológico, es decir, el número de dependientes severos con escaras NO debe ser mayor que el total de dependientes severos.

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

SECCIÓN L: INGRESOS AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN L:

Ingresos: corresponde a las personas de 65 y más años que ingresan por primera vez a control al Programa del Adulto Mayor en establecimientos con nivel primario de atención, a los cuales se les aplica el examen de medicina preventiva (EMP) con examen de funcionalidad del adulto mayor (EFAM) o Índice de Barthel.

Índice de Barthel: instrumento que evalúa la severidad de la dependencia basada en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria de las personas

La clasificación según condición de funcionalidad es:

- Autovalente (sin riesgo): se considera aquel adulto mayor Autovalente con puntaje igual o mayor a 46 puntos en la sección B del EFAM.
- Autovalente con riesgo: se considera aquel adulto mayor Autovalente con puntaje igual o menor a 45 puntos en la sección B del EFAM.
- En Riesgo de dependencia: Es aquel adulto mayor que obtiene el puntaje menor o igual a 42 en la sección A del EFAM. A estos adultos mayores se les debe aplicar un seguimiento bajo la modalidad de gestor de caso.
- Dependencia Leve: corresponde al adulto mayor, que al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje mayor o igual a 60 puntos.
- Dependencia Moderada: corresponde al adulto mayor, que al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 40 y 55 puntos.
- Dependencia Grave: corresponde al adulto mayor, que al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 20 y 35 puntos.
- Dependencia Total: corresponde al adulto mayor, que al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje menor a 20 puntos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN L:

Sección L: las personas clasificadas en "Riesgo de Dependencia" NO incluyen el registro de las personas con "Dependencia Leve o Moderada", ya que son registros excluyentes.

Todo ingreso deberá ser registrado únicamente según la clasificación del instrumento "Índice de Barthel",

SECCIÓN M: EGRESOS AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN M:

Total Egresos: Corresponde al total de pacientes que dejan de controlarse en el programa, ya sea por traslados, fallecimiento, abandono de tratamiento, etc.

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 SECCIÓN M:

Sección M: Los egresos por abandono deben estar incluidos en la columna "total de egresos", por lo tanto NO puede ser mayor que el "total de egresos".

SECCIÓN N: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN N:

Ingresos en establecimientos de atención primaria o atención de especialidad: corresponde a las personas que ingresan por primera vez a control en el Programa de Salud Mental, con el fin de controlarse a través de un programa de tratamiento definido. 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.

Ingresos según factor de riesgo o diagnóstico: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a control en el Programa de Salud Mental, que puede presentar uno o más factores de riesgo y/o trastornos de salud mental, considerándose en cada uno de los motivos de ingreso que especifica el programa.

Ingresos de Gestantes: Corresponde a las mujeres embarazadas que ingresan por primera vez al Programa de Salud Mental por haber sido detectada con algún factor de riesgo y/o trastorno mental

Ingresos de Madres de hijo menor de 2 años: Corresponde a las mujeres que ingresan por primera vez al Programa de Salud Mental por haber sido diagnosticada con algún factor de riesgo y/o trastorno mental

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

Las madres de niños menores de 2 años que NO fueron diagnosticadas con depresión post parto hasta el 6to mes, a partir del mes 7mo mes se diagnostican como Depresión, según el nivel de gravedad.

Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen con pueblo indígena u originario, proceso que implica pregunta directa a cada usuario (consulta utilizada en el Censo), que ingresan por primera vez al Programa de Salud Mental, para recibir atención y tratamiento de trastornos mentales.

Según Ley 19.253, el Estado reconoce como principales etnias indígenas de Chile a: la Mapuche, Aimara, Rapa Nui o Pascuenses, la de las comunidades Atacameñas, Quechuas, Collas y Diaguita del norte del país y las comunidades Kawashkar o Alacalufe y Yámana o Yagán de los canales australes.

MOTIVOS DE INGRESO:

Factores de Riesgo y Condicionantes de la Salud Mental:

Violencia de género: Cualquier acción o conducta, basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento, tanto físico, psicológico como sexual, esto incluye ámbitos públicos y privados.

Incluye la violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica, o en cualquier relación interpersonal.

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

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

Violencia hacia el adulto mayor: Acción u omisión realizada de manera intencionada o por desconocimiento de manera no intencionada, que produce daño físico, psicológico, social o financiero a un adulto mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona, ya sea por parte de sus hijos, otros miembros de la familia o de cuidadores que, aunque externos a la familia, deben ser supervisados por ésta.

Maltrato a niños, niñas y adolescentes: toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, que afecte el normal desarrollo de niños, niñas y adolescentes y que ocurra en un contexto familiar o de cuidado (Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes Víctimas de Maltrato por parte de familiares o cuidadores, MINSAL, 2013, p. 9).

Abuso sexual: Toda actividad sexual no voluntaria, forzada mediante la violencia física, o por cualquier forma de coerción, agresión o abuso, incluida las situaciones de superioridad a causa de la particular condición de la víctima, sea por trastorno o deficiencia mental, o por dependencia económica, laboral, desamparo, inexperiencia o ignorancia. Su práctica implica una relación de sometimiento en la cual la víctima ha rechazado el acto sexual o en que no ha tenido la capacidad de consentir. En el caso de los niños y niñas, se refiere a todo tipo de aproximación sexual. (Guía Clínica Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual, MINSAL y UNICEF, 2011, pp. 9- 10).

Consumo bajo riesgo de alcohol: Patrón de consumo de alcohol asociado a menores riesgos agudos y crónicos relacionados con el uso de la sustancia. En términos operacionales se define por la evaluación a través del instrumento AUDIT-C, con puntaje de 0-4 puntos para hombres y 0-3 puntos para mujeres, o por la evaluación a través del instrumento AUDIT (completo) con puntaje de 0-7 puntos para hombres y mujeres.

Consumo riesgoso de alcohol: Patrón de consumo de alcohol que se asocia a posibles riesgos agudos o crónicos por el uso de la sustancia. En términos operacionales se define por la evaluación a través del instrumento AUDIT-C, con puntaje igual o superior a 5 puntos para hombres e igual o superior a 4 puntos para mujeres, o por la evaluación a través del instrumento AUDIT (completo) con puntaje igual o superior a 8 puntos para hombres y mujeres.

Consumo riesgoso de drogas: Se trata de un patrón de consumo de drogas (excluyendo el alcohol) tal, que si persiste en el tiempo, hay alta probabilidad de consecuencias adversas, sea por la aparición de daños en la salud (trastorno por consumo nocivo o perjudicial, enfermedades físicas) y/o de otro tipo de consecuencias negativas (consumo problema). Es una condición previa al consumo problema.

Diagnósticos de Trastornos Mentales Para su diagnóstico, basarse en Guías Clínicas y Orientaciones Técnicas actuales, y en su defecto, criterios CIE-10.

Trastornos del Humor (Afectivos)

- Depresión Leve.
- Depresión Modera.
- Depresión Grave.
- Depresión Post parto.
- Trastorno Bipolar.
- Depresión Refractaria.
- Depresión Grave con Psicosis.
- Depresión con Alto Riesgo Suicida.

Trastornos Mentales y del Comportamiento debido a Consumo Sustancias Psicotrópicas

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

Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia

- Trastorno Hipercinéticos.
- Trastorno Disocial, Desafiante y Oposicionista.
- Trastorno de Ansiedad de Separación en la Infancia.
- Otros Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia.

Trastornos de Ansiedad.

Alzheimer y otras demencias.

Trastornos conductuales asociados a Demencia.

Esquizofrenia.

Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Retraso mental.

Trastorno de Personalidad.

Trastorno Generalizados del Desarrollo.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN N:

Sección N: el ingreso a depresión se registra por única vez independiente del nivel (leve, moderada o grave), es decir, si una persona ingresa por depresión moderada y en el transcurso de su tratamiento su diagnóstico mejora a una depresión leve, NO debe ser registrado como un nuevo ingreso al programa.

Los registros de depresión según su clasificación, son completamente excluyentes.

Los ingresos de gestantes, madres de hijo menor de 2 años y de pueblos originarios debe estar incluido en los ingresos registrados según edad y sexo de las personas atendidas.

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, especificando que es SOLO UN registro de ingreso al programa al inicio de la sección.

SECCIÓN O: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL POR ALTAS CLINICAS EN APS/ESPECIALIDAD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN O:

Egreso o Alta: 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.

Egreso por Abandono: corresponde a las personas que egresan del Programa sin dar término a su tratamiento, considerándose la inasistencia y/o pérdida de contacto del paciente por un tiempo igual o mayor a 45 días, habiéndose realizado a lo menos dos acciones de rescate, con el fin de evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular al usuario a retomar su tratamiento.

Egresos por alta clínica de Gestantes: Corresponde a las mujeres embarazadas que egresan del Programa de Salud Mental por concepto de alta, es decir cura, mejoría de su estado de salud.

Egresos por alta clínica de Madres de hijo menor de 2 años: Corresponde a las mujeres que egresan del Programa de Salud Mental por concepto de alta, es decir cura, mejoría de su estado de salud.

Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen con pueblo indígena u originario, que egresan del Programa de Salud Mental por concepto de alta, es decir cura, mejoría de su estado de salud.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN O:

Sección O: se registra solo los egresos por concepto de alta clínica que corresponde a mejoría o recuperación. En última columna se registra el total de egresos por abandono (total), que NO son desglosados por edad ni sexo de las personas egresadas. Los egresos por traslados o por fallecimiento o por otras causales distintas al abandono pueden llevarse en registros internos.

Los egresos de gestantes, madres de hijo menor de 2 años y de pueblos originarios debe estar incluido en los egresos registrados según edad y sexo de las personas atendidas.

Las gestantes que ingresaron a programa, y cumple su tratamiento en el periodo prenatal (alta), es decir se mejoran, serán egresadas por la misma condición de "gestante", que se registrará como tal, incluida en el grupo de edad que corresponda. Sin embargo, en el caso que NO sea dada de alta durante el embarazo entonces corresponderá egresarla y registrarla solo por el grupo de edad y sexo respectivo.

SECCIÓN P: INGRESOS AL PROGRAMA DE ALCOHOL Y DROGAS EN APS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN P:

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

Por tanto, en esta sección corresponde registrar a las personas que ingresan por primera vez a control al Programa de Alcohol y Drogas en establecimiento con nivel primario de atención, por consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial.

Plan Ambulatorio Básico: Bloqueado para registro

Intervención Preventiva: corresponde al ingreso de personas al Programa, que tienen consumo riesgoso de alcohol o de drogas o, de ambos tipos de sustancias, y su nivel de compromiso psicosocial-físico es bajo.

Intervención Terapéutica: corresponde al ingreso de personas al Programa, que tienen consumo problemático o dependencia al alcohol o a drogas, o a ambos tipos de sustancias, con nivel de compromiso psicosocial-físico leve o moderado.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN P:

Sección P: se registra el número de ingresos a programa, según edad y sexo de las personas atendidas, por tipo de plan o intervención a utilizar para tratamiento y recuperación.

SECCIÓN Q: EGRESOS DEL PROGRAMA ALCOHOL Y DROGAS EN APS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN Q:

Egresos por Alta Clínica: corresponde a las personas que egresan del Programa por concepto de Alta, es decir, finalizan su tratamiento por cura o mejoría

Egresos por Abandono: corresponde a las personas que sin haber sido dadas de alta, dejan de acudir a control y abandonan el programa.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN Q:

Sección Q: se registra solo los egresos por concepto de alta clínica que corresponde a mejoría o recuperación.

En última columna se registra el total de egresos por abandono (total), que NO son desglosados por edad ni sexo de las personas egresadas. Los egresos por traslados o por fallecimiento o por otras causales distintas al abandono pueden llevarse en registros internos.

Omitir la validación que dice "Egresos por abandono no deben ser mayor al total de Egresos".

SECCIÓN R: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN (PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN R:

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 el establecimiento, con el fin de recuperar y reforzar capacidades y habilidades para una vida autónoma al interior del hogar, en la comunidad y de reinserción socio-laboral.

Egresos: corresponde a las personas que egresan del Programa de Rehabilitación de Trastornos Psiquiátricos en el establecimiento, 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 SECCIÓN R:

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

SECCIÓN S: INGRESOS Y EGRESOS AL PROGRAMA INFECCIÓN POR TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN S:

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 (en todas sus formas, debiendo explicitarse a las gestantes).

- Gonorrea.
- Condiloma.
- Herpes.
- Chlamydias.
- Uretritis no gonocócica.
- Linfogranuloma.
- Chancroide.
- Otras ITS (en esta categoría se registran los ingresos de patologías distintas a las explicitadas).

En el caso que una persona sea diagnosticada con más de 1 patología, ingresará al programa solo por el diagnóstico principal.

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.

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

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 SECCIÓN S:

Sección S: 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 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 todas las causas que produce el egreso del programa, es decir, alta, abandono, fallecimiento.

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.

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.

SECCIÓN T: INGRESOS Y EGRESOS A PROGRAMA DE VIH/SIDA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN T:

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

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

Egresos por 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 (-).

Egresos por abandono de controles: NO APLICA

Egresos por Abandono de Tratamiento: NO APLICA

Egresos por Abandono del Programa: corresponde a las personas que no han recibido Tratamiento Antirretroviral (TARV), y que no han asistido a tres citaciones seguidas.

Egresos por Fallecimiento: corresponde a las personas que no asisten a control por concepto de fallecimiento.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN T:

Sección T: se registra el número de ingresos y egresos del programa, según edad y sexo de las personas atendidas.

Los ingresos de TRANS deben estar incluidos en los grupos de edad y sexo biológico de las personas atendidas.

Los ingresos de Gestantes deben estar incluidos en los grupos de edad y sexo de las mujeres atendidas.

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

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

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

SECCIÓN U: INGRESOS Y EGRESOS POR COMERCIO SEXUAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN U:

Ingresos: 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, con el fin prevenir, detectar, diagnosticar y dar tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual.

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

Egresos por Abandono: corresponde a las personas que declaran voluntariamente que no desean seguir en control o que dejan esta actividad para iniciar otra fuente laboral.

Pasivo: NO APLICA

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN U:

Sección U: se registra el número de ingresos y egresos del programa, según edad y sexo de las personas atendidas.

Los ingresos de TRANS deben estar incluidos en los grupos de edad y sexo biológico de las personas atendidas.

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

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.

**RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.06
PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES**

ESTRUCTURA REM-A.06

Sección A. Atención Primaria.

- **Sección A.1: Consultas.**
- **Sección A.2: Consultorías De Salud Mental.**
- **Sección A.3: Consultas En Extensión Horaria Según Jornada.**

Sección B. Atención De Especialidades.

- **Sección B.1: Consultas.**
- **Sección B.2: Actividades Grupales (Numero De Sesiones).**
- **Sección B.3: Programa De Rehabilitación (Personas Con Trastornos Psiquiátricos).**
- **Sección B.4: Actividades De Psiquiatría Forense Para Personas En Conflicto Con La Justicia (En Lo Penal, Civil, Familiar, Etc.).**
- **Sección B.5: Dispositivos De Salud Mental.**

Sección C. Actividades Comunes En Ambos Tipos De Atención.

- **Sección C.1: Actividades Grupales.**
- **Sección C.2: Actividad Comunitaria En Salud Mental.**
- **Sección C.3: Informes A Tribunales.**

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.06

SECCION A. ATENCION PRIMARIA

SECCION A.1: CONSULTAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Consulta de Salud Mental: Es la intervención ambulatoria individual realizada por el profesional de salud capacitado o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría. Esta intervención es realizada a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores, o personas con factores de riesgo de desarrollar trastorno mental. Incluye consejería, evaluación diagnóstica psicosocial y clínica, indicación de tratamiento, control y seguimiento para evolución, psicoeducación, entre otras. De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente.

Tiene un rendimiento de dos consultas por hora.

Psicodiagnóstico: Es la evaluación otorgada por psicólogo clínico acreditado, a un paciente referido para complementar diagnóstico psicológico. Incluye aplicación de test psicológicos, su análisis y elaboración del informe correspondiente. De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente. Tiene un rendimiento variable de 1 a 3 horas dependiendo del test aplicado.

Psicoterapia Individual: Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico con formación certificada en psicoterapia, a personas en tratamiento, por depresión, de tipo cognitivo conductual o interpersonal según plan individual de tratamiento integral. De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente. Tienen un rendimiento de 45 minutos por sesión.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

Sección A.1: se registran las consultas por médico general, psicólogo(a), enfermera(o), matrona (on), asistente social, terapeuta ocupacional, otros profesionales técnico paramédico y en salud mental, efectuadas en el nivel primario, según las definiciones nominales especificadas en los párrafos precedentes, desagregadas por sexo y grupos de edad (menores de 10, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 64 y 65 y más años). En la última columna se anota el número de consultas efectuadas a beneficiarios.

SECCION A.2: CONSULTORIAS DE SALUD MENTAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

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 resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contra-referencia de pacientes entre ambos niveles de atención y garantizar los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de pacientes con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos.

El cronograma con la frecuencia y fechas de Consultorías se debe planificar conjuntamente entre los equipos que reciben la actividad (nivel primario) y el que las otorga (nivel especialidad). De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente.

Tiene un rendimiento de una sesión de consultoría en 4 horas, para mínimo 8 pacientes.

Consultorías Recibidas: corresponde a las consultorías recibidas en el establecimiento APS, otorgadas por el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría del nivel de especialidad.

Casos Revisados: corresponde a los antecedentes clínicos de las personas analizados en la sesión de consultoría de salud mental en conjunto, entre el equipo de salud del establecimiento APS y el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría del nivel de especialidad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2:

Sección A.2: se registran N° de consultorías recibidas por el equipo de especialidad en salud mental y no por cada integrante de dicho equipo, la actividad la registra el equipo de salud general del establecimiento APS que recibe la Consultoría.

SECCION A.3: CONSULTAS EN EXTENSION HORARIA SEGUN JORNADA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.3:

Extensión Horaria: consiste en la actividad que se realiza fuera de la jornada normal del Establecimiento con el fin de brindar acceso a la atención de salud hasta las 20 horas de Lunes a Viernes o cuando, por circunstancias específicas, sea necesario otorgar atención sábados, domingos o festivos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.3:

Sección A.3: se registra las consultas realizadas en el establecimiento por médico y otros profesionales, a través del Programa de Extensión Horaria, según tipo de jornada y sexo de los atendidos. Las consultas registradas en esta sección deben estar incluidas en la sección A.1 del REM.

SECCION B. ATENCION DE ESPECIALIDADES

SECCION B.1: CONSULTAS

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.1:

Consulta de Salud Mental: Es la intervención ambulatoria individual realizada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría en establecimientos de especialidades, esta intervención es realizada a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores. Incluye anamnesis, examen físico y mental, hipótesis y confirmación diagnóstica, indicación terapéutica, solicitud de exámenes, emisión de informes (excepto forenses) y todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realicen por indicación del especialista.

De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente. Las acciones a realizar en esta atención son: evaluación clínica, formulación de diagnóstico psiquiátrico, indicación de tratamiento (incluye diversas modalidades de tratamiento), control y seguimiento de indicaciones y evolución, psicoeducación, respuesta a interconsultas ambulatorias, contra referencia a atención primaria, indicación de derivación y alta.

Tiene un rendimiento de dos consultas por hora.

Psicodiagnostico: Es la evaluación otorgada por psicólogo clínico acreditado, a un paciente referido para complementar diagnostico psicológico. Incluye aplicación de test psicológicos, su análisis y elaboración del informe correspondiente. De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente.

Psicoterapia Individual: Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psiquiatra o psicólogo clínico con formación certificada en psicoterapia, a personas con diagnóstico de un trastorno mental, según plan individual de tratamiento integral. De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente.

Tiene un rendimiento de una sesión de psicoterapia individual en 45 minutos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.1:

Sección B.1: se registran las consultas por médico general, psicólogo(a), enfermera(o), terapeuta ocupacional, asistente social y otros profesionales, efectuadas en el nivel de especialidades, según las definiciones nominales especificadas en los párrafos precedentes, desagregadas por sexo y grupos de edad. En la última columna se anota el número de consultas efectuadas a beneficiarios.

La consulta de médico psiquiatra se debe registrar en REM A07 (Atención de Especialidades), sección A.1, psiquiatría, para evitar doble registro. Esta consulta es una atención otorgada por médico especialista.

SECCION B.2: ACTIVIDADES GRUPALES (Nº DE SESIONES).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.2:

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

Tiene un rendimiento de una sesión de psicoterapia grupal en 2 horas.

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).

De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente.

Tiene un rendimiento de una sesión de psicoterapia familiar por hora.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.2:

Sección B.2: se registra el número total de sesiones efectuadas por médico psiquiatra y psicólogo clínico.

SECCION B.3: PROGRAMA DE REHABILITACION (PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIATRICOS).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.3:

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 SECCIÓN B.3:

Sección B.3: Se registra los Días Personas desglosadas por grupo de edad. En la última columna se anota el número de atenciones efectuadas a beneficiarios.

En días personas se contabiliza el número de días de las personas que asisten a la sesión, por lo tanto no se puede desglosar según sexo de los pacientes.

SECCION B.4: ACTIVIDADES DE PSIQUIATRIA FORENSE PARA PERSONAS EN CONFLICTO CON LA JUSTICIA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.4:

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 con calidad jurídica de imputada centrándose en los aspectos psíquicos relevantes y su relación con el delito investigado. Se establece diagnóstico, pronóstico, y sugerencia de tratamiento si corresponde. Incluye revisión de expediente sobre la causa que se investiga, entrevista clínica, aplicación de pruebas psicológicas, elaboración de informe pericial, asistencia a juicio oral, entre otras actividades.

Debe ser realizada por un profesional distinto al profesional tratante y tiene un rendimiento de una a cuatro horas.

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. Incluye consulta de salud mental, aplicación de instrumentos de tamizaje y elaboración de informe de acuerdo a formato oficial.

Tiene un rendimiento de 3 exámenes por hora.

Evaluación Clínica para Adolescentes Imputados con Consumo de Drogas: Actividad solicitada por el juez o fiscal cuando exista sospecha de consumo de drogas realizada por el equipo de salud mental y drogas.

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. Corresponde solo a tamizaje clínico, no tiene efecto procesal. Incluye consulta salud mental, aplicación de instrumento de tamizaje y elaboración de informe.

Tiene un rendimiento de 3 exámenes por hora.

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 con calidad jurídica de imputada conforme a la ley 20.000. Incluye revisión de expediente sobre la causa que se investiga, consulta psiquiátrica, elaboración de informe y Asistencia a juicio oral.

Debe ser realizada por un profesional distinto al profesional tratante y tiene un rendimiento de una hora.

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. Incluye consulta de salud mental, consulta psicológica, aplicación de instrumentos de confirmación diagnóstica y elaboración de plan de tratamiento, si corresponde y elaboración de informe al tribunal.

Tiene rendimiento de una hora.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.4:

Sección B.4: se registran las actividades de psiquiatría forense realizadas por médico general, médico psiquiatra, psicólogo(a), enfermera(o), asistente social u otros profesionales, según las definiciones nominales 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.

SECCION B.5: DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.5:

Hogar Protegido: Corresponde a los días de 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.

Incluye: Cuidado básico de monitores con supervisión profesional, Alojamiento y alimentación, Apoyo y protección para actividades de vida diaria, Entrenamiento en habilidades de autocuidado, sociales y domésticas.

Se incluyen los días que los pacientes se ausenten temporalmente por motivos de vacaciones, visitas a familiares, hospitalizaciones de corta estadía, entre otras.

Residencia Protegida: Corresponde a cada día de 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. Se incluyen los días que los pacientes se ausenten temporalmente por motivos de vacaciones, visitas a familiares, hospitalizaciones de corta estadía, entre otras.

Incluye: Cuidado básico por personal técnico con supervisión profesional; Alojamiento y alimentación; Apoyo y protección para actividades de vida diaria; Acceso a actividades de rehabilitación

Hospital Psiquiátrico Diurno: Corresponde a cada día de hospitalización psiquiátrica diurna de personas con trastorno mental en situación de crisis, pero que pueden ser tratados en un régimen semi ambulatorio. Considera todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación psiquiátrica que se le efectúen al paciente durante su permanencia en el establecimiento, incluyendo los fármacos necesarios. Se incluyen los días que los pacientes se ausenten temporalmente por motivos terapéuticos, por incapacidad física o por otras causales justificadas.

Centro Privativo de Libertad: Corresponde a la Atención Clínica Integral de alta intensidad otorgada a adolescentes hombres o mujeres de 14 años o más que se encuentran en internación provisoria o cumpliendo condena por orden judicial en un Centro privativo de Libertad, que como consecuencia de la descompensación de su cuadro clínico, requieren cuidados de 24 Hrs. en una unidad de hospitalización psiquiátrica cerrada ubicada dentro del Centro Privativo de Libertad, con un máximo de utilización día/cama/persona de 60 días. Incluye consulta psiquiátrica y psicológica, interconsulta de enlace, intervención psicosocial individual y/o grupal-familiar, tratamiento farmacológico, alimentación completa, apoyo diagnóstico y terapéutico, entre otras actividades.

Número de Personas atendidas: Corresponde al No de personas atendidas desglosadas en menores de 20 años y mayores de 20 años.

Días de Estada: Corresponde al número de días de estada de los egresados en el periodo informado que corresponde a la diferencia entre fecha de egreso y fecha de ingreso.

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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.5:

Sección B.5: se registra el número de personas atendidas, días de estada, numero de egresos y lista de espera en personas atendidas en el mes, en menores de 20 años y de 20 años y más, según definiciones de unidades o servicios de atención cerrada especificada en los párrafos precedentes.

SECCION C. ACTIVIDADES COMUNES EN AMBOS TIPOS DE ATENCION.

SECCION C.1: ACTIVIDADES GRUPALES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.1:

Intervención Psicosocial Grupal: Es la intervención terapéutica realizada por integrantes del equipo de salud general capacitado o integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, con un grupo de entre dos y doce personas. Su objetivo es otorgar apoyo emocional, educación para el auto cuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar del paciente y de sí misma, apoyo para la rehabilitación psicosocial y reinserción social y laboral.

Puede ser realizada 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. Incluye: Psicoeducación, Talleres de desarrollo de habilidades (comunicación asertiva, manejo estrés, normas de crianza, desarrollo personal, resolución de conflictos, etc.), Actividades de entrenamiento de habilidades (conciencia de trastorno y adhesión al tratamiento, cognitivas como por ejemplo, atención, concentración, memoria y funciones superiores, para la vida diaria como por ejemplo, auto cuidado e instrumentales, sociales, ocupacionales y laborales), Actividades de entrenamiento en comportamientos de autoayuda, Actividades de motivación para la participación social y comunitaria.

De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del usuario.

Tiene un rendimiento de una sesión de intervención psicosocial grupal en 2 horas.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.1:

Sección C.1: se registra el total de intervenciones psicosociales grupales efectuadas por el equipo de salud mental (general o de especialidad), según la definición nominal en el párrafo precedente.

SECCION C.2: ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN SALUD MENTAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.2:

Trabajo Intersectorial: Actividad realizada por integrantes del equipo de salud general o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, 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 con Organizaciones Comunitarias de Base: Actividad realizada por integrantes del equipo de salud general o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, con el propósito de aportar información técnica y material de apoyo para motivar y orientar a las personas para alcanzar y mantener mejores niveles de salud mental. También, para evitar o retrasar la aparición de un trastorno mental en población que presenta factores de riesgo o con problemas o síntomas de un trastorno mental. Además, para potenciar los esfuerzos en beneficio de la integración socio-comunitaria y el respeto por los derechos de las personas con trastornos o problemas de salud mental.

Trabajo con Organizaciones de Usuarios y Familiares: Actividad realizada por integrantes del equipo de salud general o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría con organizaciones de pacientes y familiares de servicios de atención en salud mental y psiquiatría, con el propósito de sensibilizar e intercambiar información, capacitar a pacientes y sus familiares en temas relacionados con el manejo de condiciones asociadas a su enfermedad. También, para coordinar iniciativas tendientes a potenciar proceso de reinserción social, Además, apoyar la gestión de proyectos específicos de promoción de la salud mental.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.2:

Sección C.2 Se registra el número de reuniones, los participantes según grupo de edad y el número de Instituciones u Organizaciones que participaron en la actividad comunitaria, en el mes del informe. (Unidad de Medida: Reunión)

SECCION C.3: INFORMES A TRIBUNALES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.3:

Corresponde a la elaboración de informes realizados a petición de un Tribunal (cualquiera de sus intervinientes).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.3:

Sección C.3: se registra el número de informes elaborados según el tribunal al que va dirigido, en el mes del informe.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.07 ATENCIÓN MÉDICA DE ESPECIALIDADES

ESTRUCTURA REM-A.07

Sección A.1: Consultas Médicas.

Sección A.2: Consultas Realizadas Según Modalidad De Financiamiento.

Sección A.3: Consultas Realizadas En APS.

Sección A.4: Consultas Realizadas Por Compra De Servicio.

Sección A.5: Consulta Realizadas Por Operativos.

Sección A.6: Total Interconsultas Generadas En APS Para Derivación A Especialidad

Sección B: Consultas Y Controles Por Otros Profesionales En Especialidad (Nivel Secundario).

Sección C: Consultas Infección Transmisión Sexual (Its) Y Controles De Salud Sexual En El Nivel Secundario.

Sección D: Programa De Resolutividad Atención Primaria De Salud.

Sección E: Consultorías De Médicos Especialistas Del Nivel Secundario En APS.

Sección F: Consultas Médicas Resueltas Por Telemedicina.

Sección G: Teleasistencia A Pacientes Hospitalizados.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.07

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

SECCIÓN A.1: CONSULTAS MÉDICAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Consulta Médica de Especialidad: Es la atención profesional otorgada por un médico especialista a un paciente en un lugar destinado para esos fines. Esta prestación 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.

Consulta de Obstetricia: incluye la consulta de Alto Riesgo Obstétrico (Nivel Secundario)

Consulta Ginecológica: incluye la Consulta Ginecológica (Nivel Secundario), Excluye Consulta de Especialidad de Reproducción y Consulta de Oncología Ginecológica, hay otras dos filas para estas especializaciones.

Consulta de Oftalmología en UAPO: se refiere a aquella consulta por médico oftalmólogo realizada en una Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. Las UAPO, ubicadas de preferencia en establecimientos de la atención primaria, mejoran la capacidad resolutoria de la Red Asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y Resolutoriedad 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.

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

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

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

Consulta Pertinente: Se entiende por Consulta pertinente aquella que cumple con los protocolos de referencia que resguardan el nivel de atención bajo el cual el paciente debe resolver su problema de salud, siendo el motivo de derivación factible de solucionar en nivel de atención al que se deriva y considerando los plazos en que debe otorgarse la prestación.

La pertinencia en la referencia a especialidad se entenderá aquella desde la Atención Primaria hacia la Atención de Especialidad por lo cual se medirá sobre el total de Consultas Nuevas y cuyo origen es la APS.

El registro de pertinencia será realizado por el Médico Especialista, en el momento que efectúa la atención del paciente.

Se medirá la pertinencia de una consulta según dos criterios:

Protocolo de Referencia: correspondientes a las derivaciones que son efectuadas hacia el nivel de atención que debe resolver el problema de salud del paciente, según lo establecido en acuerdos de la Red, validados en el CIRA.

Tiempos Establecidos: correspondientes a las derivaciones, en que la prestación al paciente se realiza en los tiempos definidos por la Red Asistencial y validados en el CIRA.

Inasistentes a Consulta Médica (NSP): Es la no concurrencia a una atención existiendo una citación previa. Corresponde a las consultas (nuevas y repetidas) a las cuales el paciente no se presentó, independiente si fueron llenados los cupos por otros pacientes.

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

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

Alta de Consulta de Especialidad Ambulatoria: Corresponde al término de la atención en Especialidades Médicas u Odontológicas del nivel de especialidad, y ha cumplido según corresponda las etapas de Diagnóstico, Exámenes y Tratamiento de la patología por la cual consultó en este nivel. El alta comprende de acuerdo a las indicaciones del especialista la derivación para continuar con la atención donde se originó la interconsulta. Las citaciones a control que excedan en tiempo a los 12 meses se considerarán como Alta de Consulta de Especialidad. También, se incluyen en este ítem las altas administrativas, consideradas para los casos en que el paciente no se presenta durante tres citaciones seguidas en un período de 12 meses o por renuncia del paciente a la atención, para lo que debe existir un registro de respaldo.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

Sección A.1 En "Consultas Médicas" se registran las consultas efectuadas en los establecimientos de nivel secundario o terciario y en establecimientos APS que cuenten con médicos especialistas contratados para otorgar consultas de especialidad, con médicos que provienen de CAE-CDT de hospitales o de CRS, que mediante convenio realizan consultas de una determinada especialidad o que financian de alguna forma consultas de medicas de especialidad que se realicen en sus dependencias. Todas estas son consideradas como parte de la producción propia del establecimiento.

- Las consultas efectuadas se desagregan por los grupos de edad indicados en el REM para el total de las consultas médicas efectuadas en el mes, es decir, incluye beneficiarios y no beneficiarios de la ley 18.469.
- En las 2 columnas siguientes, se registran las consultas realizadas solo a beneficiarios, desglosadas en menores de 15 años y 15 años y más.
- El total de consultas se desagrega por sexo en las 2 columnas siguientes las cuales deben cuadrar con el total de consultas por cada una de las especialidades (columna B).
- En "Consultas Nuevas según Origen" se registran las consultas definidas como nuevas solo en establecimientos de nivel secundario o terciario (las consultas de especialidad realizadas en APS no se registran en esta sección). Los datos se desglosan por edad de los consultantes en menores de 15 años y de 15 y más años, según el origen (APS, CAE/CDT de hospitales, CRS, Urgencia) y por especialidad.
- En "Consultas Pertinentes" se registran las consultas efectuadas por el médico en box, clasificadas como pertinentes en establecimientos de alta y mediana complejidad, según protocolo de referencia y según tiempo establecido para cada especialidad protocolizada.
- Si el establecimiento NO observa Consultas Pertinentes según Protocolo de Referencia ni según Tiempo Establecido, debe registrar "cero" en cada especialidad. En "Inasistentes a consulta médica" corresponde registrar el número de pacientes informados como "No se presentó" (NSP) en el informe diario, desagregadas en menores de 15 años y mayores de 15 años, según especialidad.

En "Consulta Abreviada" se registra el número de acciones que realiza el médico para repetir recetas a pacientes crónicos en control en la especialidad informada o a la lectura de exámenes.

En "Interconsultas a Hospitalizados" (en sala), corresponde registrar el número de Interconsultas que médicos especialistas realizan a pacientes hospitalizados, desagregados en menores de 15 años y de 15 y más años. Para ello se utilizará como fuente de información, los registros de Hospitalizados que se mantienen en los Servicios clínicos.

En "Alta de Consulta de Especialidad ambulatoria" corresponde registrar el alta de consulta cuando el paciente ha finalizado la atención en Especialidades Médicas. El registro se desagrega en menores de 15 años y mayores o iguales a 15 años.

SECCIÓN A.2: CONSULTAS REALIZADAS SEGÚN MODALIDAD DE FINANCIAMIENTO, INFORMADAS EN SECCIÓN A.1

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

Médicos Especialistas contratados a Honorarios: Corresponde a las consultas realizadas, en el nivel secundario, por médicos especialistas contratados en modalidad de honorarios a suma alzada, en las especialidades para los que fueron contratados.

Médicos Especialistas contratados como Consultores de Llamada: Corresponde a las consultas realizadas, en el nivel secundario, por médicos especialistas, contratados, en forma ocasional y transitoria, como tratantes o consultores en situaciones específicas de apoyo al trabajo asistencial del establecimiento. Las consultas deben corresponder a la especialidad para los que fueron contratados.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2:

Sección A.2 Se registran las consultas realizadas según modalidad de financiamiento, y se registran también en sección A.1 (desglosadas por edad y sexo).

En consultas "Por honorarios" corresponde registrar las atenciones de los médicos contratados por esta modalidad, para suplir la falta de profesionales especialistas en el establecimiento.

En consultas "Por consultores de llamada" se debe registrar aquellos profesionales contratados en forma ocasional y transitoria para apoyo a asistencia en el establecimiento.

Ambas deben estar informadas en la Sección A.1, esta sección es sólo para especificar cuantas de las consultas informadas en A.1 fueron financiadas por estos 2 mecanismos.

SECCIÓN A.3: CONSULTAS REALIZADAS EN APS E INFORMADAS EN SECCIÓN A.1

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.3:

Médicos Especialistas contratados por el establecimiento: Corresponde a las atenciones otorgadas por médicos especialistas, contratados directamente por el establecimiento de Atención Primaria.

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 intraservicio son realizadas en el establecimiento de nivel primario de atención.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.3:

Sección A.3 Se registra las consultas realizadas en APS por médicos "Contratados por el Establecimiento" o "Especialistas de Hospitales", las cuales también deben anotarse según grupo de edad, condición de beneficiarios y sexo en la sección A.1, ya que forman parte de la producción del establecimiento de APS.

En el caso de Médicos Especialistas de Hospitales, a pesar de ser parte del personal del hospital del convenio, en esta situación prima el principio estadístico, se registra donde se hace la acción.

También debe considerarse las consultas nuevas según origen y las de inasistentes cuando corresponda. El nivel de atención (APS o especialidad está determinado por el código del establecimiento).

Las consultas realizadas por médico oftalmólogo en la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) deben ser registradas en esta sección, si corresponde, además de registrarla según edad, condición previsional y sexo.

SECCIÓN A.4: CONSULTAS REALIZADAS POR COMPRA DE SERVICIO (NO INCLUIR EN SECCIÓN A.1)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.4:

Compra de Servicio (APS): Este componente considera la compra de servicios de consultas de especialidades por la APS, a través del financiamiento destinado para tal efecto por "Programa de Resolutividad", "GES" o programas específicos de APS.

Compra de Servicio Atención de Especialidad: Corresponde a las consultas que los establecimientos de nivel secundario compran a otros organismo, entidad o persona distintas del Servicio de Salud, con el fin de disminuir listas de espera o para resolver problemas GES.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.4:

Sección A.4: Se registra las "Consultas realizadas por Compra de Servicio APS / Especialidad" que son resueltas por esta modalidad. Ninguno de estos 2 casos de consultas deben ser informadas en la sección A.1, pues son consultas financiadas con recursos adicionales, que no forman parte de la producción propia que financia mensualmente el establecimiento.

SECCIÓN A.5: CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS POR OPERATIVOS (NO INCLUIR EN SECCIÓN A.1)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.5:

Operativo de atención médica: 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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.5:

Sección A.5 Se registra las consultas médicas que se efectúan en los operativos organizados por instituciones como las Fuerzas Armadas, las Universidades, etc. y NO constituyen producción del establecimiento, por lo que NO se registra en la sección A1.

SECCIÓN A.6: TOTAL DE INTERCONSULTAS GENERADAS EN APS PARA DERIVACIÓN DE ESPECIALIDAD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.6:

Interconsulta médica: es la actividad mediante la cual, a solicitud de un médico, otro médico revisa la historia clínica del paciente, explora y realiza recomendaciones sobre asistencia y tratamiento al paciente. Generalmente, la interconsulta va dirigida a un médico especialista. Esta sección corresponde sólo a los establecimientos que tienen nivel de atención primaria y que derivan a través de una interconsulta al nivel secundario, a un paciente a una especialidad en particular.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.6:

Sección A.6 Se registra el Total de solicitudes para una especialidad generadas en el nivel primario del establecimiento, desagregada en menores de 15 años y mayores de 15 años. Esta sección se refiere sólo a Interconsultas emitidas por profesional médico. Se debe registrar el total de solicitudes, independiente de donde será resuelta la atención (CAE-CDT de hospitales, CRS o por compra de servicios a privados).

SECCIÓN B: CONSULTAS Y CONTROLES POR OTROS PROFESIONALES EN ESPECIALIDAD

NIVEL SECUNDARIO

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Consulta de Enfermera: Es la atención proporcionada por el profesional Enfermera(o) en el nivel secundario de atención que comprende: valoración, diagnóstico de enfermería, determinación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo al plan, evaluación, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Se incluyen en ella aquellas consultas de seguimiento y/o de apoyo diagnóstico.

Control y Consulta por Matrón(a): Es la atención de seguimiento realizada por Matrón(a) proporcionada en Centros Especializados (CDT, Consultorios Adosados de hospitales, CRS, etc.) a la embarazada derivada del nivel primario que presenta alguna patología o factor de riesgo materno-perinatal derivada a Alto Riesgo Obstétrico (ARO), o a otros pacientes derivados a consultas de ginecología, o ITS/ SIDA, o consultas de Infertilidad.

Consulta por Nutricionista: Es la atención proporcionada en un Consultorio de Especialidades, por Nutricionista, a un paciente derivado por profesional Médico al presentar algún tipo de alteración nutricional.

Consulta por Psicólogo(a): Es la atención proporcionada en un Consultorio de Especialidades por Psicólogo (a), a un paciente derivado por profesional Médico, por problemas no incluidos en el Programa de Salud Mental con el propósito de recuperar o rehabilitar la salud, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.

Consulta por Fonoaudiólogo(a): Es la atención proporcionada en un Consultorio de Especialidades, por Fonoaudiólogo(a), a un paciente derivado por profesional Médico, con el propósito de recuperar o rehabilitar la salud, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.

Consulta por Kinesiólogo(a): Es la atención proporcionada, en un Consultorio de Especialidades, a un paciente que ha sido derivado por profesional Médico en la que el (la) kinesiólogo(a) realiza, antes de iniciar el tratamiento, una evaluación sobre el estado osteomuscular del paciente y confecciona el plan de sesiones que realizará. No constituyen consultas la realización de los procedimientos establecidos en el plan terapéutico, los que deben ser registrados como sesiones de atención integral en los REM 17 y 18, según corresponda.

Consulta por Terapeuta Ocupacional: Es la atención proporcionada en un Consultorio de Especialidades, por terapeuta ocupacional, 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 por Tecnólogo Médico: Es la atención proporcionada por tecnólogo médico en Vicios de Refracción, Cataratas, Retinopatías, etc.

Consulta por Asistente Social: Es la atención social que se realiza a las personas en un Consultorio de Especialidades, con fines de fomento, protección y recuperación de la salud, a través del diagnóstico e identificación de factores de riesgo sociales que inciden en la morbimortalidad de las mismas.

Además en esta sección deben ir informados los controles que realizan estos profesionales para los fines descritos anteriormente.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: Se registrará el número de consultas realizadas en establecimientos de nivel secundario por los profesionales consignados en el REM, desagregados por grupos de edad, por sexo y beneficiarios.

En la última columna se registra solo el número Total de controles realizados según profesional, los cuales NO deben ser desagregados por edad.

SECCIÓN C: CONSULTAS INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y CONTROLES DE SALUD SEXUAL EN EL NIVEL SECUNDARIO (INCLUIDO EN SECCIÓN B).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

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

Consultas VIH/SIDA: Es la atención proporcionada por matrona, enfermera o psicólogo 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 matrona a pacientes portadores de VIH, que reciben terapia antiretroviral (TARV), algunas actividades son: evaluar el tratamiento y hacer seguimiento a ese proceso, entre otras.

Control de VIH sin TAR: Atenciones entregadas por enfermera o matrona a pacientes portadores de VIH, que no reciben terapia antiretroviral (TARV), con el fin de evaluar el tratamiento

Controles de salud a personas que ejercen comercio sexual: Corresponde al control de salud biopsicosocial y periódico, que se otorga a las personas que ejercen el comercio sexual, con el fin de prevenir y detectar infecciones de transmisión sexual. Es entregado por matrona (ón) o enfermera(o).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: Se registrarán las atenciones especificadas que realizan las enfermeras, matronas y psicólogo en establecimientos de nivel secundario. Estas se clasificarán por edad, sexo y beneficiarios. Estas deben estar incluidas en la sección B.

SECCIÓN D: PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (INCLUIDAS EN SECCIÓN A.4).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

El "Programa de Resolutividad" está dirigido a otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria de calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a las especialidades de Oftalmología, Otorrinolaringología y Gastroenterología, debido a que tienen una gran demanda en la Atención Primaria de Salud, que presentan listas y tiempos de espera significativas y que pueden ser resueltas en ese nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.

En esta sección se informan aquellas consultas de especialidad de Oftalmología y de Otorrinolaringología, Respecto a Gastroenterología corresponde a los procedimientos realizados tales como Endoscopia, test de ureasa y tratamiento. Estas actividades fueron resultas vía compra de servicio, con recursos proporcionados por el Programa de Resolutividad. No olvidar que éstas deben estar incluidas en sección A.4. Para las consultas de Oftalmología, éstas pueden

ser resueltas por Médico Oftalmólogo o por Tecnólogo Médico, ya que según Norma Técnica N°126 del 24/11/2011, se faculta a estos profesionales para atender consultas por Vicios de Refracción.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D Se registra el total de consultas realizadas en APS para las especialidades que cubre el Programa de Resolutividad, incluidas éstas en las de compra de servicio (sección A.4).

Para el caso de las consultas oftalmológicas por vicio de refracción resueltas por tecnólogo médico, deberán registrarse en esta sección y justificar el error de la validación, que compara con la sección

Para el caso de los procedimientos de la Especialidad de Gastroenterología, no deben ser registradas en la sección A.4, ya que no corresponde a consultas. OMITIR LA VALIDACION.

SECCIÓN E: CONSULTORÍAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL NIVEL SECUNDARIO EN APS

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

1) Consultorías Médicas de Especialistas: 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. Incluye la revisión de fichas clínicas, análisis de casos, sesiones de capacitación y estudio, reuniones clínicas, reuniones de coordinación y atención conjunta de pacientes en forma presencial o a distancia a través del uso de Tecnologías de Comunicación e Información (TICs). El cronograma de frecuencia y fechas de consultorías se debe planificar conjuntamente, entre los equipos que reciben la actividad (Nivel Primario) y el que las otorga (Nivel de Especialidad). Según Orientación Técnica se definen 3 tipos de Consultorías: Tutorial, Grupal y en Terreno, donde es importante destacar que bajo la modalidad de atención directa a pacientes presencial o por Telemedicina la consulta realizada se debe egresar de lista de espera bajo la causal n°1 de atención realizada.

2) Número de Casos revisados por el Equipo: Se registran el número de interconsultas revisadas en modalidad tutorial.

A) Tutorial: En esta modalidad se contemplan jornadas de trabajo entre médicos de APS y médicos especialistas, en donde se revisan una gran cantidad de interconsultas con los diagnósticos más frecuentes de derivación, se establecen los criterios de derivación, el manejo y tratamiento.

B) Grupal: En esta modalidad se cita al médico de APS al Nivel Secundario junto a un número de pacientes que serán atendidos y evaluados en conjunto con el médico especialista, en el Nivel de Atención Secundario. En esta oportunidad se define si el paciente deberá seguir en control en

este nivel o con la capacitación el médico de APS lo seguirá controlando. También se define bajo qué condiciones lo podrá derivar nuevamente al especialista.

C) Terreno: Esta modalidad comparte los principios establecidos en la modalidad grupal, la diferencia está dada, en que los médicos especialistas acuden al

Nivel Primario y trabajan con los médicos evaluando en conjunto los pacientes del consultorio respectivo.

En la modalidad B y C, los pacientes evaluados deberán ser egresados de Lista de Espera de Consulta de Especialidad, utilizando la causal N°1, Atención

Realizada, según lo indica Manual del Proceso de registro de Lista de Espera.

3) Número de casos atendidos: Se registra el número de personas atendidas bajo la modalidad grupal y terreno.

Bajo cualquier modalidad de atención el registro de producción se debe consignar al quien realiza la prestación.

Quien debe registrar en esta sección, es el establecimiento que recibió la consultoría, prima el principio estadístico se registra donde se realiza la acción.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E: En esta sección, quien registra es el establecimiento que recibe el apoyo de los especialistas a través de la modalidad de Consultorías. La fuente de información debería ser la hoja diaria de atención que se genera en esta instancia con los casos revisados y atendidos, de la se debería dejar una copia en el establecimiento de Atención Primaria, y la otra copia llevarla al establecimiento de origen del especialista para que se registre en REM BS, para fines de facturación las consultas que podría haber realizado en ese periodo de tiempo utilizado en las consultoría.

TELEMEDICINA

Según la "Organización Mundial de la Salud" (OMS) (1), la Telemedicina se define como: "el suministro de servicios de atención sanitaria, en los que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven."

La Telesistencia corresponde a un área de desarrollo de Telemedicina, que en el caso de su aplicación en Consulta Médica, se define como: entrega de prestaciones de salud a distancia mediante la participación de dos profesionales quienes logran comunicación a través de las TICs, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de ese vínculo un planteamiento Diagnóstico y Terapéutico.

La Teleasistencia es aplicable al conjunto de especialidades Médicas, ya sea en la Atención Ambulatoria, de Hospitalización o de Urgencia.

Por otro lado la resolución de consultas desarrolladas a través de Teleasistencias en relación a Consultas de Especialidad tanto de la Atención Ambulatoria como de Hospitalización, deben ser incorporadas dentro de la producción de cada Establecimiento de Salud.

En relación al egreso de Lista de Espera de Consulta de Especialidad, las prestaciones de Consulta de Especialidad realizadas por Teleasistencia, utilizarán la Causal de Egreso N°1 descrita en la Norma Técnica para el egreso de dichos pacientes.

SECCIÓN F: CONSULTAS MÉDICAS RESUELTAS POR TELEMEDICINA

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Esta sección corresponde a la prestación de consulta médica de especialidad otorgada a aquellos pacientes ambulatorios provenientes de diversos Centros de Atención Primaria de Salud u Hospitales de Baja Complejidad, que requieren de la asistencia a distancia de un Médico Especialista a través de la utilización de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

En esta sección se registran las consultas resueltas por esta modalidad. El proceso de atención y rendimiento, son distintos a una consulta médica tradicional por tal motivo es que se registra en una sección distinta a la A.1.

Compras de Servicio: Corresponde a aquellas teleasistencia de Especialidad que son resueltas por esta modalidad, por compra de servicio ya sea a algún otro establecimiento perteneciente a la red asistencial o a algún establecimiento del Extrasistema.

Interconsultas generadas en la APS y resueltas por esta modalidad: Corresponde a aquellas interconsultas que siendo generadas en la APS, se sabe fueron resueltas por esta modalidad. El médico en la APS envía información al especialista sobre la derivación realizada a la especialidad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Sección F: Se registra el total de consultas resueltas en el Nivel Secundario mediante esta tecnología. La fuente de información será la hoja diaria que genere el especialista consultor que resuelve por este medio la consulta del médico que hizo la derivación mediante una interconsulta. Estas deben ser desagregadas al igual que en la Sección A.1, por grupos de edad, calidad previsual, sexo y origen, para el caso de las consultas nuevas.

En el caso que el establecimiento del nivel secundario compre servicios de telemedicina para resolver estas consultas debe registrar si es que lo hizo al Sistema o Extrasistema. No incluyendo estas consultas como producción propia en las otras columnas ni en el total.

En las últimas columnas, quien registra es el establecimiento de APS, que eventualmente podría saber cuántas y de qué especialidades fueron resueltas interconsultas generadas en su establecimiento, ya que el médico de su establecimiento se comunicará por esta vía con el

especialista proporcionándole información, imágenes y hasta conversación por chat sobre la resolución del caso.

Nota: las consultas resueltas telefónicamente, como la realizada a través de correo electrónico, no se contempla en REM como Consulta médica resuelta por Telemedicina.

SECCIÓN G: TELECONSULTAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

Corresponde a la atención médica de especialidad otorgada a aquellos pacientes hospitalizados en recintos de Baja o Mediana Complejidad, que requieren de la asistencia a distancia a través de la utilización de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

Solicitud de Teleasistencia generadas: corresponden a aquellas Interconsultas que se generaron en Establecimientos de Baja o Mediana Complejidad. Quién registra es el Médico que genera la solicitud de Teleasistencia.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: Se registra el total de consultas resueltas a pacientes hospitalizados mediante esta tecnología. La fuente de información será la hoja diaria que genere el especialista consultor que resuelve por este medio la consulta del médico que hizo la derivación mediante una interconsulta. Estas deben ser desagregadas al igual que en la Sección A.1, por grupos de edad, calidad previsual, sexo y origen, para el caso de las consultas nuevas.

En las últimas columnas, quien registra es el establecimiento solicitante de atenciones por esta modalidad, que eventualmente podría saber cuántas y de qué especialidades fueron resueltas las teleasistencias generadas en su establecimiento, ya que el médico de su establecimiento se comunicará por esta vía con el especialista proporcionándole información, imágenes y hasta conversación por chat sobre la resolución del caso.

Nota: las consultas resueltas telefónicamente, como la realizada a través de correo electrónico, no se contempla en REM como Consulta médica resuelta por Telemedicina.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.08 ATENCIÓN DE URGENCIA

ESTRUCTURA REM-A.08

Sección A.1: Atenciones Realizadas En Unidades De Emergencia De Hospitales De Alta Complejidad.

Sección A.2: Categorización De Pacientes, Previa A La Atención Médica (Hospitales De Alta Complejidad).

Sección B: Atenciones Realizadas En Unidad De Emergencia De Hospitales De Mediana Complejidad.

Sección C: Atenciones Realizadas Por Médico Especialista En Unidades De Emergencia Hospitalaria.

Sección D: Atenciones De Urgencia Realizadas En SAPU.

Sección E: Atenciones De Urgencia Realizadas En Establecimientos De Atención Primaria No SAPU Y Hospitales De Baja Complejidad.

Sección F: Consultas En Sistema De Atención De Urgencia En Centros De Salud Rural (Sur) Y Postas Rurales.

Sección G: Pacientes Con Indicación De Hospitalización En Espera De Camas En Unidad De Emergencia Hospitalaria.

Sección H: Atenciones Médicas Asociadas A Violencia De Género.

Sección I: Atenciones Por Anticoncepción De Emergencia.

Sección J: Ingresos Por Emergencia Obstétrica Al Servicio De Urgencia (Establecimientos De Alta Y Mediana Complejidad).

Sección K: Llamados Pertinentes De Urgencia A Centro Regulador.

Sección L: Recepción De Pacientes En UEH Según Modalidad De Traslados (Hospitales De Alta Complejidad).

Sección M: Traslados De Urgencia Realizados (Todos Los Establecimientos).

Sección N: Teleasistencia En Unidades De Emergencia Hospitalaria.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.08

GENERALIDADES: Para establecimientos de Atención Primaria se enfatiza que se registren las atenciones de urgencia donde realmente corresponda, dada la naturaleza de su nivel de atención y de tipo de establecimiento, sea en SAPU, NO SAPU, Hospitales de Menor Complejidad, Hospitales de Mayor Complejidad, SUR y Postas Rurales, si corresponde.

SECCIÓN A.1: ATENCIONES REALIZADAS EN UNIDADES DE EMERGENCIA DE HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Atención de emergencia/urgencia: Es la atención integral de emergencia/urgencia médica otorgada en forma oportuna y adecuada a un paciente ambulatorio que concurre espontáneamente o es derivado desde otro Centro de Atención al Servicio de Urgencia del hospital de alta complejidad.

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

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

Atención por Matrn(a): se refiere a la consulta que realiza este (a) profesional en los Servicios de atención obstétrica de urgencia (recepción maternal).

Origen de la Procedencia: se registran las atenciones de urgencia realizadas en la Unidad de Emergencia de Hospitales de alta complejidad y mediana complejidad, desagregadas según el origen de la demanda: pacientes derivados desde un SAPU, de otros hospitales del mismo Servicio de Salud o de otros Servicios de Salud (establecimientos que correspondan a otra red asistencial). La diferencia con el total de atenciones corresponde a la demanda espontánea.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

Sección A1 y B: Se registrará el número de atenciones médicas realizadas en la Unidad de Emergencia de hospitales de alta complejidad y mediana complejidad desagregadas por grupos de edad, sexo y origen de la procedencia.

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

SECCIÓN A.2: DEFINICIÓN DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES, PREVIA A LA ATENCIÓN MÉDICA (HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

Categorización de pacientes: El actual modelo de atención en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) considera la priorización o categorización de los pacientes que acuden a estas unidades, de acuerdo a criterios de gravedad de los mismos.

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

La Categorización se define como:

- C1 (Emergencia Vital): Evaluación y Manejo Simultáneo Inmediato (sin tiempo de espera). Por su condición de riesgo vital y Hemodinamia inestable, el paciente es directamente Reanimado.
- C2 (Emergencia Evidente-Emergencia Médica): Paciente con Compromiso vital evidente y Hemodinamia alterada. Por su condición, el paciente debe ser Estabilizado.
- C3 (Urgencia-Emergencia Médica Relativa): Paciente con Hemodinamia inestable o compromiso neurológico o de patrón respiratorio evidente. Por su condición, el paciente debe ser Tratado.
- C4 (Urgencia Potencial-Atención Médica de Urgencia): Paciente Hemodinamicamente estable que requiere un procedimiento (Diagnóstico o Terapéutico) asociado. Por su condición, el paciente debe ser Evaluado.
- C5 (Consulta General): Toda situación clínica de manifestación espontánea y/o prolongada capaz de generar solo malestar y contrariedades generales en el paciente. Por la condición clínica asociada, tanto la asistencia médica como la indicación e inicio de tratamiento son resueltos a través de la atención primaria (APS), en forma ambulatoria sin condicionamiento de tiempo.

Para los Establecimientos de Menor Complejidad que estén aplicando la herramienta de selección de demanda en la unidad de emergencia, pueden incorporar este registro en esta Sección.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2:

Corresponde registrar a todos los pacientes, según grupo etario, excluyendo atención de urgencia obstétrica, atendidos en la Unidad de Emergencia de alta complejidad categorizados mediante el "Selector de Demanda" que debe ser registrado en la Hoja Dato de Atención de Urgencia (DAU), desglosados en C1, C2, C3, C4 o C5.

Un paciente sólo puede ser registrado sólo en una categoría. Si es omitida la categorización por el "Selector de Demanda" debe registrarse "sin categorización". Cabe señalar que esta actividad es realizada previamente a la consulta médica de urgencia. Si se categoriza en más de una ocasión, se debe registrar sólo la 1ª categorización. Para efectos de esta sección sólo se deben informar las categorizaciones a los pacientes que tuvieron efectivamente una atención. No se registra el resto de categorizaciones que no concluyeron en una atención efectiva. Por eso la validación que revisa consistencia entre sección A.1 y A.2.

SECCIÓN B: ATENCIONES REALIZADAS EN UNIDADES DE EMERGENCIA DE HOSPITALES MEDIANA COMPLEJIDAD.

Aplican los mismos conceptos del párrafo de la Sección A.

SECCIÓN C: ATENCIONES REALIZADAS POR MÉDICO ESPECIALISTA EN UNIDADES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA (incluidas en las secciones A.1 y B).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Corresponde a las atenciones médicas realizadas por especialistas (especialidades Trazadoras), en las unidades de emergencia hospitalaria. Estas especialidades, en la mayoría, no forman parte del staff médico de una UEH, por lo que es importante llevar el registro de casos en los que se solicita la evaluación y atención de este tipo de especialistas y finalmente se realiza.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Se registra el número de consultas de urgencia/emergencia hospitalaria realizadas por médico especialista en la UEH, según las especialidades indicadas y por grupo etario. Sólo para establecimientos de Alta o Mediana Complejidad. En caso de pacientes que son vistos por dos o más médicos especialistas en la misma Unidad de Emergencia, se registrará el número de atenciones otorgadas por cada uno de los especialistas, independiente si el paciente tiene dos más atenciones de especialistas.

SECCIÓN D: ATENCIONES DE URGENCIA REALIZADAS EN SAPU.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Es la atención de emergencia/urgencia otorgada a un paciente que concurre al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Incluye la atención de las dos modalidades de atención: SAPU corto y SAPU largo.

Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): es la instancia de atención adosada a Centros de Salud o en locales anexos, encargada de entregar prestaciones de emergencia/urgencia en forma oportuna y adecuada generalmente en horario no hábil.

Importante: Sólo los SAPU ubicados en locales anexos tienen código en la base de datos de establecimientos, por ser un establecimiento físico diferente al Centro de Salud.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Se registrará el número de atenciones de urgencia realizadas en SAPU por médico, enfermera, matrona y kinesiólogo, desagregados por grupos de edad y sexo. En la última columna se consigna el número de atenciones efectuadas sólo a beneficiarios.

SECCIÓN E: ATENCIONES DE URGENCIA REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA NO SAPU Y HOSPITALES DE BAJA COMPLEJIDAD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Es la atención de emergencia/urgencia otorgada a un paciente en un Centro de Salud que no dispone de SAPU o en un Hospital de baja complejidad. También corresponde a aquellas atenciones de urgencia que, a pesar de disponer de SAPU en el establecimiento, se realizan en horarios que no corresponden al horario que atiende dicho SAPU, así un Centro de salud puede tener registros en esta sección y en la anterior.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Se registran todas las consultas de urgencia efectuadas por médico, enfermera, matrona y técnico paramédico, desagregados por grupos de edad, sexo y calidad de beneficiarios, en Consultorios ya sean de Atención Primaria urbano y/o rural que NO cuenten con SAPU o SUR y Hospitales de Menor Complejidad.

Además, registrarán los establecimientos que poseen SAPU o SUR y que brindan atención en horarios NO definidos en estas dos últimas modalidades de atención.

Si la atención es brindada por enfermera, matrona o técnico paramédico y se requiere atención por médico corresponde el registro sólo de éste último.

SECCIÓN F: CONSULTAS EN SISTEMA DE ATENCIÓN DE URGENCIA EN CENTROS DE SALUD RURAL (SUR) Y POSTAS RURALES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

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

Se han establecido las siguientes modalidades de atención, considerando número de residentes en la localidad:

En Centros de Salud Rural (CSR) con población inscrita superior a 15.000 habitantes: médico residente de 20 a 23 horas de lunes a viernes, médico de llamada de 23 a 8.00 horas de lunes a viernes y sábados, domingos y festivos 24 horas.

En CSR con población inscrita de 10.000 a 15.000 habitantes: médico de llamada de 20 a 8.00 horas de lunes a viernes y sábados, domingos y festivos, 24 horas.

En CSR con población inscrita menor de 10.000 habitantes: médico u otro profesional de llamada de 20 a 8.00 horas de lunes a viernes y sábados, domingos y festivos, 24 horas.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Se registra el número de atenciones de urgencia realizadas por médico, enfermera, matrona, técnico paramédico y otros profesionales, desagregados por grupos de edad y sexo, en Servicios de Urgencia Rural (SUR) y las Postas de Salud Rural, según la modalidad de organización determinados por el Ministerio de Salud. En la última columna se consigna el número de atenciones efectuadas sólo a beneficiarios.

SECCIÓN G: PACIENTES CON INDICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN ESPERA DE CAMA EN UEH.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

El flujo de pacientes en las unidades de emergencia hospitalaria puede finalizar en alta a domicilio, fallecimiento y/o Hospitalización. Esta última actividad en la mayoría de los hospitales tiene un flujo lento, y los pacientes que se hospitalizan esperan camas en las unidades de emergencia hospitalarias por horas.

La adecuada respuesta del establecimiento hospitalario de alta complejidad a la demanda de hospitalización de sus beneficiarios se mide en las horas que el paciente con indicación de hospitalización permanece en la Unidad de Emergencia (UEH) en espera para ocupar una cama hospitalaria. Si el establecimiento tiene un adecuado flujo, el paciente no debiera permanecer en la UEH a la espera de una cama una vez indicada su hospitalización.

Pacientes con indicación de hospitalización: son aquellos en que el profesional médico, decide que el paciente debe acceder a una cama hospitalaria para recibir en forma inmediata atención médica ya sea diagnóstica o terapéutica, pues de no mediar esta situación él puede sufrir daño permanente.

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

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

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

El resto de pacientes que no se hospitalizan, habiendo recibido la indicación de hospitalización, se desglosan en las siguientes categorías:

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

Pacientes derivados a otro establecimiento: corresponde a aquellos pacientes que recibido la indicación médica de hospitalizarse en ese establecimiento, por motivos de oferta del hospital o de mayor capacidad resolutive 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 servicio clínico del establecimiento, no accedieron a una cama hospitalaria y fueron dados de alta desde la unidad de emergencia hospitalaria una vez resuelta su etapa aguda.

Pacientes en espera de cama hospitalaria que fallecieron: corresponde a aquellos pacientes que habiendo recibido la indicación médica de hospitalizarse en algún servicio clínico del establecimiento, fallecen esperando en la UEH, ingresar a una cama hospitalaria.

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

Nota: Esta sección excluye los pacientes que tienen indicación de hospitalización para el Servicio Clínico de Obstetricia, estos pacientes son prioritarios, y no deben esperar para ingresar a cama hospitalaria. Esta sección incluye pacientes menores y mayores de 15 años.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Se debe registrar el número de pacientes con indicación de hospitalización decidida por una Unidad de Emergencia Hospitalaria de un establecimiento de Mayor Complejidad. Los pacientes hospitalizados se clasifican según tiempo de demora al ingreso, este dato es obtenido una vez que el paciente ingresa a una cama hospitalaria en un determinado servicio clínico, información que se sugiere que sea proporcionada por la Unidad de Gestión de Camas del establecimiento.

Además se registran los pacientes que no se hospitalizan (por rechazo de hospitalización, por traslado a otro establecimiento, por permanecer aún en UEH, por fallecer en la espera de una cama hospitalaria y por ingresar directamente a proceso quirúrgico), esta información se sugiere que sea proporcionada por la UEH. 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.

SECCIÓN H: ATENCIONES MÉDICAS ASOCIADAS A VIOLENCIA DE GÉNERO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:

Violencia de Género: Es todo maltrato que afecte la integridad física o síquica de quien tenga o haya tenido respecto del agresor la calidad de cónyuge o una relación de convivencia; o que sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive. También habrá violencia intrafamiliar cuando dicha conducta recaiga en menores de edad o discapacitados que se encuentren bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN H:

Se debe registrar el número de atenciones asociadas a violencia de género desagregadas por sexo, independiente se realice a continuación una denuncia. Estas atenciones deben estar incluidas en las distintas secciones que corresponda según tipo de establecimiento o modalidad de atención (SAPU, No SAPU, etc.)

SECCIÓN I: DEFINICIÓN DE ATENCIONES POR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN I:

Es la atención que las mujeres pueden recibir 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. Incluye prescripción de estos anticonceptivos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN I:

Se registra la consulta por anticoncepción de emergencia realizada por médico y matrona (ón) que ocurre en la Unidad de Emergencia del Establecimiento de salud, con y sin entrega de anticonceptivo.

SECCIÓN J: INGRESOS POR EMERGENCIA OBSTÉTRICA AL SERVICIO DE URGENCIA (ESTABLECIMIENTOS DE ALTA Y MEDIANA COMPLEJIDAD).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN J:

Ingresos por Urgencia Obstétrica: Corresponde a las embarazadas que ingresan a Urgencia por alguna Emergencia Obstétrica, según las patologías definidas por el Programa. No incluye los traslados de un establecimiento a otro.

Las patologías clasificadas en este nivel son: Preeclampsia severa, Eclampsia, Síndrome Hipertensivo del Embarazo SHE, Retardo en el Crecimiento Intrauterino RCIU, HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia), Parto Prematuro, Hemorragia I, II y III Trimestre, Rotura Prematura de Membrana Otras patologías (HTA, Crónica, Nefropatía, Cardiopatía, etc.) y Trabajo de Parto si Patología.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN J:

Se registra el número de ingresos de embarazadas por una emergencia obstétrica a la UEH. Se registra la patología principal por la que se consultó, es decir la asociada a los síntomas que generaron la atención en al UEH. Un ingreso, una patología.

SECCIÓN K: LLAMADOS PERTINENTES DE URGENCIA A CENTRO REGULADOR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN K:

La llamada que comunica una situación de emergencia, se realiza a través del número telefónico 131, ella llega a una central telefónica ubicada en el Centro Regulador, esta llamada es recepcionada por un paramédico operador telefónico, técnico que debe estar capacitado en regulación telefónica, radiocomunicación y atención pre-hospitalaria.

El paramédico regulador recepciona la llamada y determina si la llamada es válida o no, y registra la llamada válida. Determinando datos básicos de la llamada, interroga al solicitante con un cuestionario pre-establecido, destinado a detectar gravedad y compromiso vital inmediato o potencial.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN K:

Se debe registrar el número de llamadas válidas recepcionadas en el Centro Regulador.

SECCIÓN L: RECEPCIÓN DE PACIENTES EN UEH SEGÚN MODALIDAD DE TRASLADO (HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN L:

La información que se registra en esta sección es generada por los establecimientos que reciben pacientes trasladados a la Unidad de Emergencia Hospitalaria de hospitales de alta complejidad y está referida al medio de transporte y a la condición del paciente, crítico y no crítico (riesgo vital o no), del paciente recepcionado.

Traslado Primario: 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 hospitalaria para su atención.

Traslado Primario de Paciente Crítico (Profesionalizado): Se refiere al traslado de un paciente con riesgo vital, desde el lugar donde se produce el evento hasta una unidad de emergencia para su atención. Habitualmente el medio de transporte es por medio de ambulancias de Atención Pre hospitalaria Profesionalizados SAMU (Móvil M2-M3), o ambulancias privadas profesionalizadas.

Traslado Primario No Crítico: Se refiere al traslado de un paciente sin riesgo vital a una UEH para su atención. El medio de transporte puede ser un Ambulancias Básicas de atención Pre hospitalaria SAMU (Móvil M1), ambulancias SAPU, otras ambulancias hospitalarias No SAMU o ambulancias privadas.

Otro: Se refiere al traslado de un paciente con o sin riesgo vital a una UEH para su atención, mediante otro medio de transporte.

Traslado Secundario: Es aquel traslado de un paciente desde un establecimiento a otro, ya sea por necesidad de atención de mayor complejidad, por disponibilidad o bien por necesidad de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos

Traslado Secundario de Paciente Crítico: Es aquel traslado de un paciente crítico (con riesgo vital) desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente Crítico Aéreo: Se refiere al traslado de un paciente crítico por vía aérea desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente Crítico Terrestre Profesionalizado: Se refiere al traslado de un paciente crítico por vía terrestre desde un establecimiento a otro. El medio de transporte puede ser Móviles M2 o M3, o ambulancias privadas profesionalizadas.

Traslado Secundario de Paciente Crítico Marítimo: Se refiere al traslado de un paciente crítico por vía marítima, desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente No Crítico: Se refiere al traslado de un paciente sin riesgo vital, desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente No Crítico Aéreo: Se refiere al traslado de un paciente no crítico por vía aérea desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente No Crítico Terrestre: Se refiere al traslado de un paciente no crítico (sin riesgo vital) por vía terrestre y el medio de transporte puede ser Móvil 1, Ambulancias SAPU u otra ambulancia, desde un establecimiento a otro.

Traslado Secundario de Paciente No Crítico otro (Terrestre): Se refiere al traslado de un paciente no crítico (sin riesgo vital) por vía terrestre desde un establecimiento a otro, en un medio de transporte terrestre no asistencial.

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 SECCIÓN L:

Se debe registrar el número de pacientes que son trasladados a la UEH, según tipo de traslado durante el mes, desagregando esta información en total de traslados, traslados a beneficiarios y por Compra de Servicios.

SECCIÓN M: TRASLADOS DE URGENCIA REALIZADOS (TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN M:

Corresponde al traslado de pacientes de urgencia desde su origen, es decir lo informa el establecimiento al que pertenece el medio de transporte utilizado o el que asume el costo del traslado. Con fines de registro las categorías de esta sección son:

SAMU: "Sistema de atención médica de urgencia" se define como la atención prestada para trasladar, en el menor tiempo posible, a la población que se encuentra en situación de urgencia, brindando las acciones diagnósticas y terapéuticas iniciales, con el objeto de recuperar y/o mantener la estabilidad anatómica y fisiológica del paciente. Para cumplir con las funciones de reanimación básica, reanimación avanzada o traslado simple existen 3 tipos de móviles:

- Móviles Básicos (M1)
- Móviles Avanzados (M2)
- Móviles Medicalizados (M3)

No SAMU: Se refiere al traslado de pacientes de urgencia en distintos medios de transporte clasificados en: por vía terrestre (Ambulancia Básica), por vía marítima o por vía área.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN M:

Se registra el número de traslados de pacientes de urgencia efectuados en el mes, según el medio de transporte utilizado, desagregada esta información en total de traslados, traslados a beneficiarios y por compra de servicios.

SECCIÓN N: TELEASISTENCIA EN UNIDADES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN N:

Corresponde a la atención médica otorgada a aquellos pacientes consultantes en las Unidades de Urgencia de Atención Primaria o de Establecimientos de Baja o Mediana Complejidad, que requieren de la asistencia a distancia de un Médico Especialista a través de la utilización de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, para recibir orientación Diagnóstica y/o Terapéutica.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN N:

Solicitud de Teleasistencias generadas: corresponden a aquellas Interconsultas que se generaron en Establecimientos Urgencia de Atención Primaria o de Hospitales de Baja o Mediana Complejidad. Quién registra es el Médico que genera la solicitud de Teleasistencia.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.09 ATENCIÓN DE SALUD ODONTOLÓGICA EN APS Y ESPECIALIDADES

ESTRUCTURA REM-A.09

Sección A: Consultas Según Nivel.

- **Atención Primaria.**
- **Atención De Urgencia.**

Sección B: Otras Actividades Del Nivel Primario.

- **B.1. Actividades De Promoción.**
- **B.2. Actividades Preventivas.**
- **B.3. Actividades Recuperativas.**
- **B.3.1 Tratamientos.**
- **B.3.2 Actividades Apoyo Diagnóstico.**

Sección C: Ingresos Y Egresos A Tratamientos En Establecimientos APS.

Sección D: Interconsultas Generadas En Establecimientos APS.

Sección E: Actividades Odontológicas En Extensión Horaria Y Sábados (Incluidas En Secciones A Y B).

Sección F: Actividades En Atención De Especialidades.

Sección G: Programas Especiales Y Ges (Actividades Incluidas En Sección F).

Sección H: Sedación Y Anestesia.

Sección I: Consultas, Ingresos Y Egresos A Tratamientos En Establecimientos De Nivel Secundario Y Terciario.

Sección J: Actividades Efectuadas Por Técnico Paramédico Dental Y/O Higienistas Dentales.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.09

GENERALIDADES: Las actividades de última columna correspondiente a 60 años deben estar incluidas en el grupo de 20 a 64 años.

Las actividades registradas en la columna de embarazadas, no debe ser desglosada por edad.

Las actividades registradas en la columna compra de servicio, no deben ser desglosadas por edad ni sexo.

SECCIÓN A: CONSULTAS SEGÚN NIVEL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Atención Primaria y Atención de urgencia.

Primera Consulta: Se entiende por “Primera Consulta de Odontología” a la primera vez que el paciente consulta, en el año calendario, en el establecimiento para solicitar solución a una patología odontológica determinada, incluyéndose el ingreso a tratamiento, así como también las consultas de aquellos pacientes que se arrastran del año anterior hasta lograr el alta. Registrar al paciente que concurre por primera vez a: solicitar ingresar a un tratamiento; o para un control programado (control posterior a un Alta Integral, o seguimiento).

Consulta Repetida: Son las consultas que requiere cada paciente para dar solución al o a los problemas odontológicos que presenta y que debe culminar en el Alta Integral o Primaria.

Consulta de Urgencia GES: Corresponde al paciente atendido por una urgencia odontológica ambulatoria garantizada (Garantía Explícita en Salud: Urgencia Odontológica Ambulatoria), que requiere un tratamiento odontológico inmediato e impostergable, cuya atención se otorga por demanda espontánea. Todos los controles o seguimientos relacionados a la consulta de urgencia GES, se registrarán como Consulta de Urgencia GES. Se deberá registrar el diagnóstico de las patologías incluidas en esta Garantía. Los tratamientos realizados se deben registrar en Sección B.3.1.

Consulta Urgencia No GES: Corresponde al paciente atendido por causa de una consulta espontánea, o derivado de otro Servicio para diagnóstico, evaluación y/o tratamiento. Además se incluye la urgencia no garantizada (no GES), y que requiere un tratamiento odontológico inmediato e impostergable, cuya atención se otorga por demanda espontánea.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: Se registra el número de Primeras Consultas según nivel de atención otorgadas durante el mes del informe, detalladas por grupo de edad y sexo. Se anota el número de consultas repetidas de Nivel primario otorgadas durante el mes del informe, detalladas por grupo de edad y sexo. Esta sección está destinada a registrar el número de consultas odontológicas de urgencia otorgadas en Atención Primaria y Atención de Especialidades Odontológicas. Se registrarán las Consultas de Urgencia realizadas en el mes del informe, cada vez que al paciente se le otorgue una atención de este tipo, en cualquier horario, incluyendo los Servicios de Urgencia Hospitalaria, detalladas por grupo de edad específico y sexo.

SECCIÓN B: OTRAS ACTIVIDADES DEL NIVEL PRIMARIO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

En esta sección se consignan actividades de nivel primario destinadas a involucrar a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso orientado a la modificación de las condicionantes de la salud y calidad de vida y difundir las conductas apropiadas para que las personas mantengan un óptimo nivel de Salud Bucal, así como actividades recuperativas y rehabilitadoras en el Sistema Estomatognático.

B.1. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN

Educación individual con instrucción de técnica de cepillado: incluye el control de placa bacteriana y la instrucción de técnicas de higiene oral y debe realizarse en todo paciente que ingresa a tratamiento odontológico integral, pudiendo reforzarse en sesiones consecutivas, según necesidad.

Consejería Breve en tabaco: Intervención simple y corta, de carácter individual, personalizada, de 3 a 5 minutos de duración. Destinada a valorar estilos de vida saludables y aconsejar un cambio de conducta, en el caso de detectar el consumo de tabaco como factor de riesgo, en la población objetivo: 12 años y embarazadas, pudiendo ampliarse a otros menores de 15 años y a adultos. Idealmente utilizar orientación práctica para la consejería breve anti tabáquica

Educación grupal y/o trabajo comunitario: Corresponde al número de sesiones educativas efectuadas a grupos específicos, en el establecimiento o fuera de él a un grupo de 10 o más personas.

B.2. ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Examen de Salud Oral: Es la atención proporcionada a las personas con el objeto de diagnosticar su nivel de salud bucal y establecer un plan de tratamiento.

Aplicación de Sellantes: Es la protección específica dirigida especialmente a los molares y premolares recién erupcionados; registrándose por cada diente sellado.

Fluoración Tópica Barniz: Es la aplicación de fluoruros realizada individualmente en la superficie de los dientes, según riesgo cariogénico. Se registra por sesión de aplicación de Flúor Barniz.

Fluoración Tópica Barniz Comunitario: Es la aplicación de fluoruros realizada en niños y niñas individualmente en la superficie de los dientes, según riesgo cariogénico. Se registra por sesión de aplicación de Flúor Barniz. Se realizará en el establecimiento educacional o en un contexto comunitario. Excluye las actividades financiadas mediante el Programa Preventivo en Salud Bucal en Población Pre escolar en APS, registradas en sección G.

Pulido Coronario: Corresponde a la sesión de profilaxis destinada a la eliminación de la placa bacteriana, de manchas o tinciones extrínsecas de tabaco, comida, bebida o medicamentos presentes en la corona clínica del diente.

Destartraje Supragingival: Corresponde a la sesión destinada a la eliminación del tártaro

presente en la corona clínica del diente y la corrección de obturaciones defectuosas que afecten la integridad de los tejidos periodontales.

Examen, diagnóstico y planificación de tratamiento interceptivo para Anomalías Dentomaxilares: Es la atención proporcionada a los niños entre 0 y 9 años, con el objeto de diagnosticar las Anomalías Dentomaxilares y establecer un Plan de tratamiento.

Actividad Interceptiva (Controles, Desgastes Selectivos, etc.) e Instalación aparato interceptivo (incluye mantenedores de espacio): Corresponde a acciones que el odontólogo de nivel primario realiza en niños de 0 a 9 años para prevenir o interceptar Anomalías Dento-Maxilares, tales como control de mal hábito, etapas del diseño y confección de aparatos de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva, controles de aparatos, control de tratamiento, desgastes selectivos, etc. Además incluye la instalación de aparatos fijos o removibles, utilizados para interceptar una patología o un mal hábito establecido, en pacientes del Programa de Prevención e Intercepción de Anomalías Dento-Maxilares que se realicen en el nivel primario, así como también la instalación de mantenedores de espacio.

B.3.1. ACTIVIDADES RECUPERATIVAS

Exodoncia Temporal: Es la extracción de un diente temporal, indicada y/o programada o por urgencia, en cualquier nivel de atención.

Exodoncia Permanente: Es la extracción de un diente permanente, indicada y/o programada o por urgencia, en cualquier nivel de atención.

Pulpotomía: Procedimiento clínico que consiste en la extirpación de la pulpa cameral inflamada en dientes temporales o permanentes vitales, y su correspondiente relleno. Se registra por cada pulpotomía terminada.

Obturaciones Amalgama: Es la obturación definitiva de un diente, temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante Amalgama. Se registra por cada diente obturado. Se excluyen las obturaciones realizadas en urgencia, las que se deberán registrar en Urgencia con Obturación Definitiva.

Obturaciones Composite: Es la obturación definitiva de un diente, temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante Composite. Se registra por cada pieza obturada. Se excluyen las obturaciones realizadas en urgencia, las que se deberán registrar en Urgencia con Obturación Definitiva.

Obturaciones Vidrio Ionómero: Es la obturación definitiva de un diente, temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante Vidrio Ionómero. Se registra por cada pieza obturada. Se excluyen las obturaciones realizadas en urgencia, las que se deberán registrar en Urgencia con Obturación Definitiva.

Obturaciones ART: Es la obturación definitiva de un diente, temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, utilizando vidrio ionómero de alta densidad, mediante el empleo de la Técnicas de Restauración Atraumática. Se registra por cada

pieza obturada. Se excluyen las obturaciones realizadas en urgencia, las que se deberán registrar en Urgencia con Obturación Definitiva.

Corona metálica o composite, o reconstituciones de composite en diente temporal: Es la recuperación de un diente temporal mediante la instalación de una corona metálica o la realización de una corona a base de composite. Se debe registrar por corona instalada. En población menor de 20 años, se registra también en esta fila, aquella reconstitución coronaria extensa en base a composite compuestas.

Destartraje subgingival y Pulido Radicular por Sextante: Corresponde al tratamiento terapéutico destinado a la remoción desde la superficie radicular de la placa bacteriana y tártaro, a través de instrumental de ultrasonido; así como la remoción de placa, tártaro y cemento contaminado con endotoxinas, con el fin de biocompatibilizar los tejidos y permitir la correcta inserción del tejido conectivo, a través de instrumental manual específico. Se registrará por Sextante.

Desinfección bucal total: Terapia alternativa de tratamiento periodontal consistente en raspado y pulido radicular, diseñada para atacar tanto las bolsas periodontales, como los nichos intraorales de bacterias patógenas en 2 sesiones, en un lapso de 24 horas.

Tratamiento GUNA: Corresponde a la sesión terapéutica destinada a eliminar los signos y síntomas agudos: dolor, inflamación, halitosis, sangrado.

Tratamiento complicación post-exodoncia: Es la sesión terapéutica destinada a aliviar el dolor, controlar la hemorragia e intencional la cicatrización del alvéolo, según sea el caso (alveolitis húmeda o seca).

Tratamiento pericoronaritis: Se refiere a la sesión terapéutica destinada a disminuir el dolor, tratar la infección y eliminar las causas de la pericoronaritis.

Tratamiento pulpitis: Corresponde a la atención de urgencia destinada a tratar las pulpitis reversibles e irreversibles, e incluyen, pero no se restringen a los siguientes procedimientos: recubrimientos pulpaes, trepanaciones, pulpotomía parcial. Además, se deberán registrar las actividades realizadas en el tratamiento.

Otra actividad de urgencia (No GES) - Consulta de Morbilidad: Es la atención de urgencia dada a un paciente que requiera un tratamiento inmediato e impostergable, no incluido en los problemas garantizados por el AUGE. Se incluyen sólo los siguientes procedimientos: manejo farmacológico o quirúrgico de la infección; y otros tales como: cementación de Coronas, Inlay/Onlay; obturaciones temporales; reparaciones de prótesis; emisión de interconsultas y órdenes de examen.

Urgencia con obturación definitiva (amalgama, composite, vidrio ionómero): Se incluyen todas las obturaciones definitivas realizadas durante una atención de urgencia, ya sean amalgamas, composite, vidrio ionómero o ART.

Tratamiento de traumatismos dento alveolares (TDA): Corresponde a las actividades de urgencias de TDA y las sesiones destinadas a ejecutar alguna de las etapas de tratamiento para recuperar la estética y la función de los dientes que han sido afectados por un traumatismo.

Trepanación: Registrar cuando se realice una cavidad que permite el acceso y vaciamiento del contenido cameral para lograr posteriormente acceso a los conductos radiculares.

Ferulización: Registrar cuando se realice la estabilización de dientes móviles, fracturas óseas o una combinación de ambas, con materiales estabilizadores que incluyen suturas, férulas de Composite, férulas de Composite y alambre, férulas de Composite y nylon, férulas de titanio, arcos de barras o férulas de alambre.

Aseo Quirúrgico o Curetaje Alveolar: Procedimiento quirúrgico que consiste en la limpieza del alveolo para remover contenido patológico.

Sutura: Procedimiento utilizado para favorecer la cicatrización de una herida, mediante la aproximación de los bordes o extremos.

Drenaje de Absceso Submucoso, Subperiostico u otro/ o flegmón orocervical de origen Odontogénico: Es el procedimiento quirúrgico por el que se realiza la apertura de un absceso mediante una incisión y la ruptura de bridas, para facilitar el vaciamiento de su contenido.

Tratamiento de Endodoncia: Corresponde registrar el total de tratamientos de Endodoncia (número de dientes tratados) efectuados en el período, cualquiera sea el tipo de diente tratado: uni, bi, o Multirradicular.

Prótesis removible (Acrílica o Metálica): Se registra el total de aparatos protésicos removibles instalados, sin distinguir su material (acrílico o metálico) ni el tipo de rehabilitación (parcial o total).

B.3.2. ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO

Radiografía intraoral: Actividad que complementa el diagnóstico clínico sobre la base de imágenes radiológicas. Se agrupan las técnicas Retroalveolares, Bite Wing y Oclusales que se tomen en este nivel de atención.

Nota: Con el fin de Evaluar el desarrollo del Plan de Reforzamiento de la Atención Primaria se sumarán el total de Actividades Recuperativas, más las Actividades de Apoyo Diagnóstico.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: En esta sección se registran todas aquellas actividades que realiza el nivel primario, dada la naturaleza de ese nivel de atención y por ende por su capacidad de resolución. Esta debe ser desagregada por grupo de riesgo, sexo. Si correspondiera a Compra de Servicio, ésta NO debe ser desagregada por las variables mencionadas anteriormente, consignándose el registro sólo en la última columna destinada para esos fines. En sección B.1 En esta sección se debe registrar el número de educación individual con instrucción de técnica de cepillado, desagregando por grupos de edad, el número de consejerías breves en tabaco y número de educación de grupos. Para las educaciones grupales, se intenciona el registro a los grupos de 20-64 años, embarazadas, así como el trabajo comunitario en jardines infantiles (población de 2 y 4 años).

En el contexto del GES Preventivo de Salud Bucal en población escolar, la actividad de Educación Grupal y/o trabajo comunitario se registrará en la Edad de 5 años, independiente de las edades de los asistentes, se debe registrar, la educación como única actividad.

En sección B.2 se registran todas las acciones de Actividades Preventivas consignadas en el REM que el odontólogo de nivel primario realiza, desagregadas por grupos de edad o de riesgo. En la última columna se consigna el número de acciones efectuadas sólo a beneficiarios. También en el contexto del GES Preventivo de Salud Bucal en población preescolar, para la actividad Fluoración Tópica Barniz Comunitario, se debe registrar la actividad realizada por niño intervenido.

En sección B.3.1, Definiciones Operacionales de Tratamientos: se registran en estas líneas todas las acciones de Actividades de Tratamiento consignadas en el REM que el odontólogo de Nivel primario realiza, desagregadas por grupos de edad o de riesgo. En la última columna se consigna el número de acciones efectuadas sólo a beneficiarios.

En Sección B.3.2 se registra por cada película informada, desagregadas por grupos de edad o de riesgo. En la última columna se consigna el número de acciones efectuadas sólo a beneficiarios.

En el caso de GES Embarazada (endodoncia y prótesis), si la actividad es ejecutada por compra de servicio, debe ser registrada en sólo en la columna para esos fines. En cambio si es que se ejecuta institucionalmente debe ser registrada como producción propia del establecimiento.

SECCIÓN C: INGRESOS Y EGRESOS A TRATAMIENTO EN ESTABLECIMIENTOS APS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Ingresos a tratamiento Odontología General: Corresponde al paciente que inicia su tratamiento odontológico integral en el nivel primario, con la intención de alcanzar el Alta Odontológica (Educativa, Preventiva o Integral), en el año calendario.

Ingresos a Controles de mantención (paciente en seguimiento) sin daño: Se registra el número de pacientes que acuden a control después de un alta en un plazo establecido. Se considera sin daño a aquellos pacientes que no presentan lesiones de caries nuevas, o recurrentes, ni enfermedad gingival o periodontal, según el caso, en el año calendario.

Ingresos Controles de mantención (paciente en seguimiento) con daño: Se registra el número de pacientes que acuden a control después de un alta en un plazo establecido. Se considera paciente con daño a aquellos pacientes que presentan lesiones de caries nuevas, o caries recurrentes, enfermedad gingival o periodontal, y que necesiten una intervención terapéutica, según sea el caso, en el año calendario.

Altas odontológicas educativas: Corresponde al número de pacientes que una vez examinados no se le constaten patologías y se califican como "sano" y, por lo tanto, sólo reciben los refuerzos educativos de Salud Bucal, tales como educación de cepillado de dientes y alimentación saludable, correspondientes a su edad.

Altas odontológicas preventivas: Se refiere al número de pacientes que una vez examinados no se les constaten patologías, pero se califican "en riesgo" y que, además de los refuerzos

educativos respectivos, se le apliquen algunos de los siguientes tratamientos preventivos: Profilaxis, Aplicación de Sellantes y Fluoración tópica, según edad.

Altas odontológicas integrales (excluye las altas dadas en los programas especiales): Se registra el número de pacientes que han terminado su tratamiento de odontología general en APS, cumpliendo las etapas de examen, diagnóstico, entrega de refuerzo educativo, prevención específica, recuperación y de apoyo que sean pertinentes.

Altas odontológicas Totales: Es la sumatoria de las Altas Educativas, Preventivas e Integrales, incluidas las altas integrales de la sección G de Programa Especiales, excepto la columna embarazadas que no debe tener registro en la sección G.

Nota: Las Altas odontológicas han de ser registradas por número de personas a las que se les administra un alta, y no por actividades, vale decir, un paciente con alta educativa y preventiva, debe ser registrado sólo como alta preventiva. Se podrá registrar solo un tipo de Alta por paciente por año calendario.

Egresos por abandono del mes: Altas por inasistencias. Corresponde anotar el número de pacientes que abandonaron su tratamiento de Odontología General, quedando el tratamiento inconcluso. (Se define como inasistencia, la ausencia o no presentación del paciente o beneficiario a una citación formal y conocida por él para una atención, y se entenderá por "abandono de tratamiento" tres inasistencias.

Rechazo de urgencia No GES: El rechazo de urgencia se define como el dado por el odontólogo a pacientes que han solicitado la atención de urgencia, y que no son atendidos inmediatamente, o no son agendados para otorgarle la atención, debido a que no presentan una patología odontológica ambulatoria definida en el GES.

Índice COP o CEO en pacientes ingresados a Odontología General: Índice Odontológico de patología de caries que establece la sumatoria de dientes Cariados, Obturados y/o Perdidos por caries, ya sea en dientes definitivos (COPD) o en dientes temporales (ceod). Para los niños de 2, 3, 4, 5 y 6 años se utilizará sólo el indicador de dientes temporales (ceod) y para los grupos de 12, 15 -19 años, 20-64 años, mayores de 65, embarazadas se utilizará sólo el indicador de dientes definitivos COPD. Se debe registrar solo al momento del Ingreso a tratamiento Odontología General.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: En esta sección se registran aquellas altas que son resueltas por concepto de per cápita del establecimiento, estas Altas (Educativas, Preventivas e Integrales), se registran según grupos de riesgo y sexo.

Además, en esta sección se debe registrar:

Altas Integrales de GES Embarazadas: todas las altas integrales GES embarazadas de APS, han de ser registradas en esta sección. Si la gestante es derivada a nivel secundario, esta debe ser dada de alta en APS y el establecimiento que la recibe registrará las actividades otorgadas y el alta dependiendo de la especialidad resuelta en la sección F e I respectivamente.

Altas Educativas y Preventivas en GES 60 años, si se presentan deben ser registradas en esta sección, sin embargo si el Alta otorgada a un adulto de 60 años es Integral debe ser registrada en Sección G, pues forma parte de altas que se resuelven con recursos de Programas de Reforzamiento, en este caso GES 60 años.

SECCION D: INTERCONSULTAS GENERADAS EN ESTABLECIMIENTOS APS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Son todas aquellas interconsultas que se emiten desde el nivel primario hacia los niveles de mayor complejidad. Este registro sirve para dar cuenta de las necesidades de tratamiento de especialidad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D: Se debe registrar el total de interconsultas generadas para las especialidades de Endodoncia, Rehabilitación Oral (sea para Prótesis Fija o Removible), Cirugía Bucal y Traumatología Máxilo Facial, Odontopediatría, Ortodoncia, Periodoncia, Radiología y Trastornos Temporo Mandibulares. En las dos primeras especialidades (Endodoncia y Rehabilitación Oral), además se deberán informar cuantas de las totales son derivadas al Programa de Resolución de Especialidades en APS. En el caso de las mujeres embarazadas, se registran las interconsultas a tratamiento en el nivel secundario, para llevar un registro de demanda en el contexto GES Embarazadas, para especialidades.

SECCION E: ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS EN EXTENSIÓN HORARIA Y SÁBADOS (INCLUIDAS EN SECCIONES A Y B).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Corresponde al total de actividades odontológicas (consultas de urgencia y actividades recuperativas) efectuadas por Odontólogos durante las horas trabajadas por concepto de Extensión Horaria o atención en día Sábado, Domingo o Festivo.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E: En esta sección se deben registrar las actividades que se realizan fuera de la jornada normal del Establecimiento. En este caso aquellas que corresponden a Consultas de Urgencia por sexo, o a Actividades Recuperativas.

SECCIÓN F: ACTIVIDADES EN ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

La sección F, describe la atención de especialidad, no estrictamente las desarrolladas en el nivel secundario o terciario.

Examen y Diagnóstico de Especialidad: Es la atención proporcionada a las personas con el objeto de diagnosticar su nivel de salud bucal y establecer un Plan de tratamiento por parte del especialista.

Actividad de Urgencia Especialidades: Es la atención de urgencia dada a un paciente que así lo requiera, e incluye, entre otras, cementación de PFU, provisorios, trepanaciones, recubrimientos, sutura de tejidos blandos, terapia farmacológica de infecciones odontogénicas.

Obturación directa e Indirecta: Registrar el número de dientes obturados con amalgama, composite o vidrio ionómero y aquellas en las que se utiliza la técnica de Confección de Inlays u Onlays.

Endodoncia actividad: Registrar las actividades realizadas por el Endodoncista en el curso del tratamiento de un paciente: instrumentación, apexificación, controles de tratamiento, etc.

Periodoncia actividad: Registrar las actividades realizadas por el Periodoncista en el curso del tratamiento periodontal de un paciente: análisis de radiografías u otros exámenes, evaluación de los tejidos, Diagnóstico, Plan de tratamiento, sesiones de Destartraje supragingival, Consultas de Oclusión, Desgastes Selectivos (Balance Oclusal), controles de tratamiento, etc.

Tratamiento de Endodoncia Unirradicular: Registrar el total de tratamientos de Endodoncia finalizados en el período, en dientes unirradiculares o con tratamiento de Inducción al Cierre.

Tratamiento de Endodoncia Birradicular: Registrar el total de tratamientos de Endodoncia finalizados en el período, en dientes birradiculares o con tratamiento de Inducción al Cierre.

Tratamiento de Endodoncia Multirradicular: Registrar el total de tratamientos de Endodoncia finalizados en el período, en dientes multirradiculares o con tratamiento de Inducción al Cierre.

Destartraje subgingival y Pulido radicular por Sextante: Corresponde al tratamiento terapéutico realizado por el Periodoncista destinado a la remoción desde la superficie radicular de la placa bacteriana y tártaro, a través de instrumental de ultrasonido; así como la remoción de placa, tártaro y cemento contaminado con endotoxinas, con el fin de biocompatibilizar los tejidos y permitir la correcta inserción del tejido conectivo, a través de instrumental manual específico. Se registrará por Sextante.

Férula Periodoncia: Registrar la instalación de aparato estabilizador de dientes afectados por enfermedad periodontal, como parte del tratamiento integral de la especialidad.

Instalación Plano de Alivio Oclusal: Registrar el total de Planos de Alivio Oclusal instalados.

Cirugía Periodontal: Se registran en esta línea el total de las Intervenciones quirúrgicas realizadas en el Nivel secundario o terciario del establecimiento destinado a restituir la morfología, estética y función de los tejidos periodontales.

Instalación aparato ortopedia pre-quirúrgica (fisura labio palatina): Se registran el total de aparatos de ortopedia prequirúrgica instalados a pacientes con Fisura Labiopalatina.

Ortopedia pre-quirúrgica Actividad (fisura labio palatina): Se registra en esta línea todas las actividades tendientes a la realización y control del aparato de ortopedia prequirúrgica (toma de impresión, prueba de aparato, control, rebasado, etc.)

Ortodoncia Actividad: Se registran las actividades realizadas por el Ortodoncista en cada etapa del tratamiento de Ortodoncia y/o Ortopedia dento maxilar de un paciente: toma de impresiones; análisis de modelos y radiografías; formulación de diagnóstico; Plan de tratamiento; diseño de aparatos; controles de evolución; ajuste de aparatos, etc.

Instalación aparato de Ortodoncia: Registrar la Instalación de aparatos fijos o removibles de cualquier material utilizados para interceptar o tratar una anomalía o mal hábito, establecido. Se registran por aparato instalado. No considerar en este registro la instalación de Brackets de Ortodoncia Fija.

Instalación aparato Fijo de Ortodoncia: Registrar la Instalación de Aparato Fijo, Brackets, según financiamiento PPV.

Instalación aparato de Contención: Se Registran todos los aparatos de contención en Ortodoncia, ya sean fijos o removibles, de cualquier material. Según financiamiento PPV.

Prótesis fija (unitaria o plural): Se registra por cada Prótesis fija unitaria o plural instalada sobre estructura dentaria.

Prótesis Fija Provisoria (unitaria o Plural): Se registra por cada Prótesis fija Provisoria unitaria o plural confeccionada, como parte de las etapas de tratamiento con Prótesis Fija.

Prótesis removible acrílica: Registrar el total de aparatos protésicos removibles instalados, de material acrílico, sin distinguir el tipo de rehabilitación parcial o total.

Prótesis removible metálica: Registrar el total de aparatos protésicos removibles instalados, con estructura metálica.

Reparación de Prótesis: Se registra por cada reparación tanto de prótesis fijas como de aparatos removibles, reparaciones simples, compuestas, reajustes y rebasados.

Cirugía Bucal (Intervención): Se registran los actos quirúrgicos por el cual se ejecutan algunas de las siguientes técnicas: Apicectomía, Biopsias, Exodoncia a colgajo, Exodoncia de dientes en inclusión mucosa, Fenestraciones, Frenectomías, Plastias de reborde y Regularización de tuberosidad exostósica, Tratamiento de traumatismos superficiales de los tejidos blandos, etc.

Cirugía y Traumatología Máxilo Facial Intervención: Se registran el total de las Intervenciones quirúrgicas realizadas en el nivel secundario o terciario del establecimiento, con excepción de los Tratamientos de Traumatismos Dento Alveolares Simple y Complejo, que se registrarán aparte.

Controles de Cirugía Bucal y Traumatología Máxilo Facial: Registrar los controles que se realizan luego de una Cirugía Bucal o Máxilo- Facial.

Tratamiento de Traumatismos Dento Alveolares: Registrar todos los tratamientos de urgencia realizados en los Nivel Secundario y Terciario y los destinados a recuperar la estética y funcionalidad de áreas dento alveolares que han sufrido traumatismos.

Instalación de Implante Endo-Oseo Oseointegrable: Registrar por cada Implante Endo-Óseo instalado quirúrgicamente en un espacio desdentado.

Terapia Tratamiento Témpero-Mandibular: Se registra el total de acciones destinadas a dar solución terapéutica a esta patología, ya sea terapia cognitiva, bloqueo anestésico, etc.

ACTIVIDADES DE APOYO

Radiografía extra oral (por placa): Registrar cada examen radiográfico extra oral tomado, No incorporar en este registro la Telerradiografía, Radiografía Panorámica o TC Cone Beam.

Radiografía Oclusal (por placa): Registrar cada examen radiográfico oclusal tomado.

Telerradiografía: Registrar cada Telerradiografía tomada, sea Frontal o Lateral, Digital o Análoga.

Radiografía Panorámica (por Placa): Registrar cada Radiografía Panorámica tomada, Digital o análoga.

Tomografía Computacional Máxilo Facial Cone Beam: Registrar cada Tomografía Cone Beam tomada.

Sialografías (procedimiento): Se registra el procedimiento de inyección del medio de contraste, seguimiento y evaluación. El número de placas tomadas utilizando esta técnica diagnóstica, se registra en el rubro Radiografías Extraorales.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Sección F: En esta sección se registran todas aquellas actividades que realiza el nivel secundario, dada la naturaleza de ese nivel de atención y por ende por su capacidad de resolución. Esta debe ser desagregada por grupo de riesgo, sexo y si correspondiera a Compra de Servicio, ésta NO debe ser desagregada por las variables mencionadas anteriormente, consignándose el registro sólo en la última columna destinada para esos fines.

En el caso de GES Embarazada (endodoncia y prótesis), si la actividad es ejecutada por compra de servicio, debe ser registrada en sólo en la columna para esos fines. En cambio si es que se ejecuta institucionalmente debe ser registrada como producción propia del establecimiento.

SECCIÓN G: PROGRAMAS ESPECIALES Y GES (Actividades incluidas en sección F).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

En esta sección se registrarán aquellas actividades que se realicen por la ejecución de los siguientes programas: Programa de Reducción de Brechas (PPV) Nivel Hospitalario, Programa Preventivo En Salud Bucal En Población Preescolar, Programa Odontológico Integral, Estrategia Atención Odontológica A Mujeres Y Hombres De Escasos Recursos, Programa Odontológico Integral, Estrategia Resolución De Especialidades En APS y Programa GES Odontológico para Adultos de 60 años.

PROGRAMA REDUCCION DE BRECHAS (PPV)

Altas Integrales: Se registra en la fila superior (Nº de pacientes) el número de pacientes que han sido atendidos en este Programa y finalizado su tratamiento, el cual incluye la recuperación de los dientes remanentes (ex Canasta tipo I), y en la línea inferior (Nº de prótesis) el número de prótesis que han sido instaladas en los pacientes registrados en el ítem anterior

Rehabilitación Protésica: Se registra en la fila superior (Nº de pacientes) el número de pacientes que han sido atendidos en este Programa y finalizado su tratamiento, (el cual no incluye la recuperación de los dientes remanentes), y en la línea inferior (Nº de prótesis) el número de prótesis que han sido instaladas en los pacientes registrados en la fila anterior. (ex Canasta tipo II)

PROGRAMA PREVENTIVO EN SALUD BUCAL EN POBLACIÓN PREESCOLAR

Nº de Set de Higiene Oral con Educación entregados: Corresponde a la entrega de insumos para la higiene bucal y que reciben los refuerzos educativos de Salud Bucal, tales como educación de cepillado de dientes y alimentación saludable, correspondientes a su edad. En el marco del Programa Preventivo en Salud Bucal en Población Pre escolar en APS.

Fluoración Tópica Barniz Comunitario: Es la aplicación de fluoruros realizada en niños y niñas individualmente en la superficie de los dientes, según riesgo cariogénico. Se registra por sesión de aplicación de Flúor Barniz. Se realizará en el establecimiento educacional en el marco del Programa Preventivo en Salud Bucal en Población Pre escolar en APS. En la fila superior se registra el Nº total de niños que recibieron fluoración. En la fila inferior se registra cada aplicación de Flúor tópico Barniz una vez efectuada (Realizando dos aplicaciones por niño por año calendario).

PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL, ESTRATEGIA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A MUJERES Y HOMBRES DE ESCASOS RECURSOS

Auditorías: Registrar cada auditoría realizada a las Altas de la Estrategia Atención Odontológica a Mujeres y Hombres de Escasos Recursos.

Prótesis removibles: Se registra el número de prótesis instaladas en los beneficiarios de este Programa

Reparaciones de Prótesis Dentales: Se registra el número de Reparaciones de prótesis realizadas en los beneficiarios de este Programa.

Altas Integrales: Se registrarán las altas realizadas a pacientes de JUNJI-INTEGRA, SERNAM, Chile Solidario y Otros.

PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL, ESTRATEGIA RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES EN APS

Esta estrategia está dirigida a la resolución de patologías específicas que pueden ser abordadas de manera ambulatoria en APS y uno de sus objetivos es asegurar la atención odontológica (Prótesis y Endodoncia) con prioridad a los beneficiarios entre 15 y 64 años.

Tratamientos de Endodoncia: Se registra en la línea superior el número total de personas que recibieron tratamiento de endodoncia en esta estrategia.

En la Línea inferior se registra el número de dientes que han sido sometidos a este tratamiento restaurador, cualquiera sea la característica del diente tratado, en pacientes beneficiarios de esta estrategia. Sólo se sumarán tratamientos finalizados.

Prótesis Removibles: En la Línea superior se registra el número total de personas beneficiarias de esta estrategia que recibieron tratamiento de prótesis removible.

En la Línea Inferior se registra el número total de prótesis instaladas a beneficiarios de este Programa.

PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO ADULTO (GES 60 años)

En estas filas se registran las actividades comprometidas para esta garantía explícita de salud. Registrar el total de tratamientos de endodoncia, prótesis instaladas, y altas odontológicas integrales realizadas.

Altas Integrales: Se registrarán el Número total de altas integrales de adultos mayores de 60 años, la que se produce cuando la rehabilitación protésica ya no presenta ningún problema para el paciente, es decir no requiere más controles.

Tratamientos de Endodoncia: En “número de pacientes” debe registrar el número total de personas que recibieron tratamiento de endodoncia por GES. En “número de piezas” corresponde registrar el número de dientes que han sido sometidos a este tratamiento restaurador, cualquiera sea la característica del diente tratado, en pacientes beneficiarios de GES 60 años.

Prótesis Removibles: En “número de pacientes” corresponde registrar el número total de personas beneficiarias de GES 60 años que recibieron tratamiento de prótesis removible. En “número de prótesis”, se debe registrar el número total de prótesis instaladas a beneficiarios de este Programa.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: En esta sección se registran todas aquellas actividades y Altas realizadas bajo el contexto de cobertura de algún programa de reforzamiento específico de los aquí mencionados. La información debe ser desagregada por grupo de riesgo abordado si las actividades y altas fueron otorgadas por y en el establecimiento independiente de la modalidad utilizada (extensión horaria, contratando al mismo odontólogo del establecimiento para resolver en horario diferenciado, contrato de otro odontólogo para resolver en el establecimiento en cualquier horario, etc.). De haber comprado el servicio a Clínica particular para realizar las acciones y/o ejecutar Altas Integrales, éstas deben ser registradas sólo en la columna Compra de Servicio, pues estas acciones no formarían parte de la producción propia del establecimiento.

Respecto a Altas Integrales de GES 60 años: todas las altas integrales GES 60 años de APS o Nivel Secundario, han de ser registradas en esta sección. “El alta integral del GES 60 años se produce cuando la rehabilitación protésica no presenta ningún problema”, es decir, post controles.

En esta sección se registran la compra de servicios de la atención odontológica a mujeres y hombres de escasos recursos (prótesis) y de GES Odontológico 60 años (endodoncias y prótesis).

SECCIÓN H: SEDACION Y ANESTESIA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:

Atención bajo sedación (con óxido nitroso): Se define como la atención odontológica otorgada a pacientes que están sedados por el efecto del Óxido Nitroso. Se registra el número de personas que son atendidas con esta modalidad.

Atención bajo anestesia general: Se define como la atención odontológica otorgada a pacientes mientras están sometidos a la acción de anestésicos generales. Se registra el número de personas que son atendidas con esta modalidad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN H:

Sección H: Se debe registrar en esta sección todas las atenciones realizadas en las que se utilizan estos mecanismos de sedación y/o anestesia, especificando las técnicas de sedación y anestesia aplicadas y desagregadas por grupo etario consignado para estos fines.

SECCIÓN I: INGRESOS Y EGRESOS A TRATAMIENTOS EN ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN I:

Debe registrarse para la población que está en tratamiento en cada una de las Especialidades Odontológicas indicadas en el REM la siguiente información desglosada por grupo de edad y sexo:

Primera Consulta en la Especialidad: Corresponde a la primera evaluación del paciente derivado a consulta de especialidad, en la cual el especialista evaluará el ingreso a tratamiento de especialidad según la pertinencia, de acuerdo a los criterios de Referencia previamente definidos.

Ingreso a tratamiento en la Especialidad: Corresponde al paciente que inicia su tratamiento odontológico en el nivel secundario o terciario, y debe culminar en el Alta de Tratamiento de Especialidad.

Consulta Repetida en la Especialidad: Son las consultas de especialidad que requiere cada paciente para dar solución al problema de salud por el cual fue ingresado a tratamiento.

Alta de tratamiento de la especialidad: Se registra el número de pacientes que han terminado su tratamiento de odontología de especialidad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN I:

Sección I: Se debe registrar en esta sección los ingresos y las altas de tratamiento por especialidad, desagregadas por grupos de riesgo correspondiente.

SECCIÓN J: ACTIVIDADES EFECTUADAS POR TÉCNICO PARAMÉDICO DENTAL Y/O HIGIENISTAS DENTALES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN J:

Aplicación de sellantes: Es la protección específica dirigida especialmente a los molares definitivos, registrándose por cada diente sellado.

Pulido Coronario y Destartraje Supragingival: Se registra la sesión de tratamiento profiláctico de nivel primario destinada a la eliminación de la placa bacteriana, tártaro y manchas o tinciones extrínsecas de tabaco, comida, bebida o medicamentos presentes en la corona clínica del diente.

Fluoración tópica: Es la aplicación de fluoruros realizada individual o masivamente en la superficie de los dientes, indicada por el Odontólogo, según condición de riesgo.

Educación grupal y/o trabajo comunitario: Corresponde al número de sesiones educativas efectuadas a grupos específicos, en el establecimiento o fuera de él.

Educación individual con instrucción de técnica de cepillado: Registrar el número de personas a las cuales se les han educado en técnicas de higiene oral, incluyendo instrucción 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. Registrar el número de radiografías, por placa, que tome el técnico paramédico.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN J:

Sección J: Se deben registrar todas las atenciones realizadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienista Dental, por el tipo de actividad que realizan y los grupos de edad y/o riesgo que existen.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.11 PESQUISA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

ESTRUCTURA REM-A.11

Sección A.1: Exámenes De Sífilis Por Grupo De Usuarios (Uso Exclusivo De Establecimiento Con Laboratorio Que Procesan).

Sección A.2: Exámenes De Sífilis Por Grupo De Usuarios (Uso Exclusivo De Establecimiento Que Compran Servicio).

Sección B.1: Exámenes Según Grupo De Usuarios Por Condición De Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, Htlv 1y 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 Establecimiento Que Compran Servicio).

Sección C.1: Exámenes De VIH Por Grupo De Usuario (Uso Exclusivo De Establecimiento Con Laboratorio Que Procesan).

Sección C.2: Exámenes De VIH Por Grupo De Usuario (Uso Exclusivo De Establecimiento Que Compran Servicio).

Sección D: Detección Enfermedad De Chagas En Gestantes Y Recién Nacido, Según Resultado De Exámenes De Laboratorio.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.11

GENERALIDADES: Debe contener la información estadística sobre los exámenes de laboratorio procesados para el estudio diagnóstico de los casos de Sífilis (en todas sus formas), Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, VIH y HTLV.

Fuente de Información: La información de los exámenes procesados debe ser entregada por los Laboratorios que procesan estos exámenes para la red asistencial (aquellos exámenes que procesa como resultado de exámenes tomados en el mismo establecimiento y aquellos que como laboratorio de referencia de la red debe procesar) y por los establecimientos que compran servicios en el intra y extra sistema.

Aquellos establecimientos que venden servicio de procesamiento de exámenes, NO deben registrar esa producción en este REM, pues debe registrar el establecimiento que compra el servicio.

Los procedimientos "Toma de Muestra" NO deben ser registrados.

Las confirmaciones se pueden recepcionar con posterioridad al registro de exámenes reactivos correspondientes.

Glosario Común

Exámenes Procesados: corresponde al o a los exámenes procesados destinados a identificar una enfermedad específica entre individuos asintomáticos o que se encuentra bajo sospecha de padecerla.

Exámenes Reactivos: corresponde al o a los exámenes de laboratorio procesados, cuyo resultado es reactivo para la enfermedad específica

Exámenes Confirmados: Corresponde al o los exámenes específicos que confirman positivamente la enfermedad. Esta confirmación es realizada generalmente por el ISP u otros centros autorizados mediante técnicas diferentes o más complejas.

Usuario: Se refiere a cualquier persona del grupo definido de pesquisa, que se realiza un examen de detección por algún problema de salud, por indicación médica o por iniciativa propia en un establecimiento de salud. Personas en control de salud y pacientes en estado de hospitalización.

Grupos de Pesquisa, Detección o grupo de usuario: Se refiere a los grupos objetivos en los cuales se realiza pesquisa o detección según normativa vigente y son definidos por el Programa.

Donante: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud o servicio de sangre con atención de donantes, a donar sangre.

Altruista Nuevo: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.

Altruista Repetido: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.

Reposición o Familiar: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que están respondiendo las necesidades de sangre y/o derivados de un familiar o un amigo enfermo.

Donante de órgano y/o tejido: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud a donar tejidos u órganos.

SECCIÓN A.1: EXÁMENES DE SÍFILIS POR GRUPO DE USUARIOS. (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIOS QUE PROCESAN).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos con laboratorios clínicos que están facultados para procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados. En esta sección, los laboratorios deben consignar la totalidad de exámenes procesados y reactivos, excluyendo los realizados por concepto de venta de servicios.

EXÁMENES DE SÍFILIS POR GRUPO DE USUARIOS:

Los tipos de exámenes realizados para la detección o pesquisa de personas con sífilis corresponden a los test serológicos no treponémicos clasificados en VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (Rapid Plasma Reagin). Para el grupo de "donantes de sangre" (única y exclusivamente) el algoritmo de tamizaje considera como primer examen el test de Elisa para treponema, y el VDRL/RPR como examen secundario para la definición de pacientes.

Por lo anterior, en esta sección deben registrarse exclusivamente los exámenes VDRL procesados y reactivos, en cada grupo de pesquisa, incluidos los VDRL/RPR de donantes. Aquellos establecimientos que realizan USR deben consignarlos en la columna VDRL.

Los grupos de pesquisa (usuarios) definidos son:

Gestantes primer trimestre embarazo: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de sífilis, según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

Gestantes segundo trimestre embarazo: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de sífilis según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

Gestantes tercer trimestre embarazo: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de sífilis, según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

Gestantes trimestre embarazo ignorado: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, para pesquisa de sífilis, en el cual se desconoce o no se determinó la etapa del embarazo en curso.

Gestantes en seguimiento por diagnóstico 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.

Personas en control por comercio sexual: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) que ejercen comercio sexual.

Personas en control fecundidad: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de sífilis en las personas (hombres y mujeres) que asisten a control de fecundidad.

Consultantes por ITS: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) que están en control por una infección de transmisión sexual.

Personas con EMP: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de sífilis en las personas (hombres y mujeres) en el contexto del examen de medicina preventiva.

Donantes de sangre: corresponde a los exámenes no treponémicos procesados para pesquisa de sífilis en las personas (hombres y mujeres) que donan sangre, según algoritmo.

Donantes de órganos: corresponde a los exámenes procesados para pesquisa de sífilis en las personas (hombres y mujeres) que donan órganos.

Pacientes en diálisis: corresponde a los exámenes procesados para pesquisa de sífilis en las personas (hombres y mujeres) que están en diálisis.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

Se debe registrar en "procesados" el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento.

En "reactivos" se deben registrar aquellos exámenes procesados cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

SECCIÓN A2: EXÁMENES DE SÍFILIS POR GRUPO DE USUARIOS (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS QUE COMPRAN SERVICIOS).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

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 Usuarios son los mismos de la sección A1.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2:

Se debe registrar en "procesados" el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron comprados en el período informado. En "reactivos" se deben registrar aquellos exámenes comprados cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

SECCIÓN B1: 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 NOMINALES SECCIÓN B.1:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos con laboratorios clínicos que están facultados para procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados. En esta sección, los laboratorios deben consignar la totalidad de exámenes procesados y reactivos, excluyendo los realizados por concepto de venta de servicios.

EXÁMENES SEGÚN GRUPO DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SÍFILIS.

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. Se pueden examinar muestras de sangre para más de un tipo de virus de la hepatitis al mismo tiempo.

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 para la pesquisa de anticuerpos treponémicos, realizados en el establecimiento (MHA-TP, FTA-ABS, Quimioluminiscencia, Elisa para treponema, Inmunocromatografía).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.1:

Se debe registrar en “procesados” el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento.

Para HTLV considera el test de ELISA para HTLV realizado como screening.

Para Chagas considera como screening el test de ELISA IgG para *T. cruzi*.

En “reactivos” se deben registrar aquellos exámenes procesados cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

En “confirmados” corresponde registrar aquellos casos confirmados positivos por el Instituto de Salud Pública, o el Laboratorio Reconocido durante el periodo informado.

El examen confirmatorio de enfermedad de Chagas es IFI (Inmunofluorescencia Indirecta y/o Western Blot)

En sífilis no aplica.

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.

SECCIÓN B2: 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 NOMINALES SECCIÓN B.2:

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.

EXÁMENES SEGÚN GRUPO DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SÍFILIS.

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. Se pueden examinar muestras de sangre para más de un tipo de virus de la hepatitis al mismo tiempo.

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 para la pesquisa de anticuerpos treponémicos, realizados en el establecimiento (MHA-TP, FTA-ABS, Quimioluminiscencia, Elisa para treponema, Inmunocromatografía).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.2:

Se debe registrar en “procesados” el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron comprados en el período informado.

Para HTLV considera el test de ELISA para HTLV realizado como screening.

Para Chagas considera como screening el test de ELISA IgG para *T. cruzi*.

En “reactivos” se deben registrar aquellos exámenes procesados por compra de servicio cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

En “confirmados” corresponde registrar aquellos exámenes procesados compra de servicio cuyo resultado es confirmado positivo por el Instituto de Salud Pública, o el laboratorio reconocido durante el período 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 no aplica.

SECCIÓN C1: DEFINICIÓN DE EXÁMENES SEGÚN GRUPOS DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE VIH (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIOS QUE PROCESAN)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.1:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos con laboratorios clínicos que están facultados para procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados. En esta sección, los laboratorios deben consignar la totalidad de exámenes procesados y reactivos, excluyendo los realizados por concepto de venta de servicios.

RegISTRAN también, en esta sección las maternidades que realicen Test visual o test rápido. Para estos test se utilizan kits que incluyen todos los reactivos y materiales necesarios, utilizando una técnica cuyo resultado indica la presencia o ausencia de anticuerpos anti-VIH. Estos resultados pueden ser interpretados por un profesional de laboratorio debidamente entrenado. Se utiliza para el diagnóstico de la infección por VIH en gestantes que lleguen al pre parto sin resultado de serología conocida.

Corresponde a los exámenes de detección de VIH, procesados, reactivos y confirmados según grupo de pesquisa.

Tipos de exámenes: para VIH se considera el test de Elisa u otro examen de tamizaje autorizado por ISP, o test rápidos cuando corresponda.

Exámenes procesados: corresponde al número de exámenes, que fueron procesados, durante el período informado según el grupo de usuarios. Las repeticiones propias de la técnica de screening y necesarias para obtener un resultado, no se contabilizan por si mismas ya que corresponden al procesamiento de 1 examen.

Las pruebas de identidad deben considerarse ya que corresponden a una nueva muestra.

Exámenes reactivos: corresponde al número de exámenes según el grupo de usuarios, cuyo resultado es reactivo en el nivel local. En el caso de "mujer en trabajo de parto o parto", registrar el número exámenes reactivos (sea éste test de ELISA para VIH, test rápido u otra técnica de tamizaje empleada), cuyo screening se haya efectuado durante el trabajo de parto o el parto

Exámenes confirmados positivos: corresponde al número de exámenes confirmados positivos por ISP según grupo de usuarios.

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.

Mujeres en control de regulación de fecundidad, ginecológico, climaterio: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH a las mujeres que asisten a control de fecundidad, ginecológico, climaterio.

Nota: Aquellos exámenes solicitados por usuario se deben consignar en consulta espontanea.

Personas con EMP: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH a las personas en el contexto del examen de medicina preventiva

Personas en control de salud según ciclo vital: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH, que asisten a control según ciclo vital y no consignado en las otras categorías

Nota: Aquellos exámenes solicitados por usuario se deben consignar en consulta espontánea.

Donantes de sangre: corresponde a los exámenes procesados para detección del VIH a las personas que donan sangre.

Altruista Nuevo: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.

Altruista Repetido: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH a donantes que realiza esta acción al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.

Reposición o Familiar: Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH a donantes que están cubriendo las necesidades de sangre y/o derivados de un familiar o un amigo enfermo.

Donantes de órganos y/o tejidos: corresponde a los exámenes procesados para detección del VIH a las personas que donan órganos y/o tejidos.

Persona en control por TBC: corresponde a la totalidad de exámenes procesados a pacientes con diagnóstico de tuberculosis. (Al ingreso a programa de TBC)

Víctima de violencia sexual: corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas víctimas de violencia sexual.

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.

Consultantes por morbilidad: corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a pacientes durante la atención de morbilidad, y no contenidas en las categorías descritas anteriormente.

Consulta espontánea: corresponde a exámenes de detección del VIH procesados por solicitud espontánea del o la usuario/a

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.1:

Se debe registrar en "procesados" el número de exámenes, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento, incluyendo Test visual o test rápido.

Si en alguna localidad existiese un laboratorio dependiente de una Corporación Municipal que procesara los exámenes de toda la red asistencial de la comuna, esta producción se debe

registrar en el Centro de Salud más representativo de la Comuna, es decir, en el establecimiento con más población inscrita.

Las ventas de servicio de procesamiento de exámenes NO deben ser registradas en este REM, ya que el establecimiento que COMPRA SERVICIO le corresponde el registro.

SECCIÓN C2: DEFINICIÓN DE EXÁMENES SEGÚN GRUPOS DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE VIH (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS QUE COMPRAN SERVICIOS).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.2:

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.

Los grupos de pesquisa son los mismos de la sección C1.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.2:

Se debe registrar en "procesados" el número de exámenes, según grupo usuario, que fueron comprados en el período informado, a laboratorios externos al establecimiento.

NO CORRESPONDE REGISTRO de los exámenes de VIH procesados, reactivos y confirmados para los grupos edad de 0 a 4 y de 5 a 9 años.

SECCIÓN D: DEFINICIÓN DE DETECCIÓN ENFERMEDAD DE CHAGAS EN GESTANTES Y RECIÉN NACIDOS, SEGÚN RESULTADO DE EXÁMENES DE LABORATORIO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Se refiere a la detección de la infección por *T. cruzi* en la población de gestantes, parto y recién nacidos para la pesquisa oportuna de la enfermedad de Chagas Congénita.

Los grupos de pesquisa definidos son:

- **Gestantes que ingresan a control Prenatal:**

Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa y confirmación de la infección por *T. cruzi*, según norma vigente a las gestantes en control.

- **Mujeres en trabajo de parto y aborto sin tamizaje previo a su ingreso a maternidad por parto o aborto, cualquiera sea la causa:**

Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa y confirmación de la infección por *T. cruzi*, según norma vigente, a las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto y que se desconoce su situación serológica para Chagas.

- **Recién nacidos hijos de madres con enfermedad de Chagas:**

Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa y confirmación de la infección por *T. cruzi*, según norma vigente, a los recién nacidos hijos de madre con diagnóstico confirmado de infección por *T. cruzi*. para pesquisa de Chagas congénito.

- **Lactantes hijos de madres con enfermedad de Chagas:**

Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa y confirmación de la infección por *T. cruzi*, según norma vigente, a los lactantes hijos de madre diagnóstico confirmado de infección por *T. cruzi*.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.19a
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN DE LA SALUD Y DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

ESTRUCTURA REM-A.19a

Sección A. Consejerías

Sección A.1: Consejerías Individuales

Sección A.2: Consejerías Individuales por VIH/Sida (No Incluidas En Sección A.1)

Sección A.3: Consejerías Familiares

Sección B. Actividades De Promoción

Sección B.1: Actividades De Promoción Según Estrategias Y Condicionantes Abordadas Y Número De Participantes

Sección B.2: Talleres Grupales De Vida Sana Según Tipo, Por Espacios De Acción

Sección B.3: Actividades De Gestión Según Tipo, Por Espacios De Acción

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.19a

SECCIÓN A: CONSEJERÍAS

SECCIÓN A.1: CONSEJERÍAS INDIVIDUALES

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Definición de Consejería:

Relación de ayuda, entrega de información y educación que puede realizarse en una o más sesiones, que se desarrolla en un espacio de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto. Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada persona y tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de las potencialidades, de manera que la persona descubra y ponga en práctica sus recursos, tome decisiones en la consecución de su estado de bienestar integral. Esta intervención está dirigida a la población general y debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades de la persona.

Temáticas en las que se aplica la Consejería:

Actividad Física: corresponde al diagnóstico de los requerimientos de actividad física de una persona o grupo familiar y la orientación terapéutica para lograr niveles adecuados según sus características y condiciones, realizado por un profesional de salud.

Alimentación Saludable: corresponde a la atención terapéutica entregada por un funcionario de salud en alimentación saludable a un individuo o al grupo familiar, con el fin de motivar la adopción de conductas alimentarias adecuadas, valorando la importancia de la alimentación y sus efectos sobre la salud.

Tabaquismo: Se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, que permite realizar una intervención específica, para cada grupo de acuerdo al

diagnóstico de la etapa de desarrollo en el consumo de tabaco, según las etapas de Flay y motivación al cambio, con el objetivo prevenir, retardar la iniciación del hábito o apoyar el proceso de cesación del consumo de tabaco en adolescentes, mujeres y hombres. En la implementación de la consejería es importante considerar las diferencias de género, cultura y la etapa evolutiva, acercando el lenguaje a la realidad individual de cada persona.

Consumo de drogas: se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde indaga por el consumo de drogas y se informa y guía a consultantes, con el fin de promover hábitos saludables, prevenir el consumo de drogas, generar percepción de riesgo por el consumo, motivar el cese o la disminución del consumo, o bien fortalecer y desarrollar las herramientas para manejar riesgos de consumo.

Se incluyen como consejerías, las acciones de detección o screening, como también las intervenciones breves para reducir el consumo de drogas que puedan ser realizadas.

Reconoce el derecho de las personas a obtener información y acceso a métodos para regular su fecundidad y decidir libre y responsablemente el número de hijos, espaciamiento y momento de tenerlos, así como la promoción de la salud sexual integral, placentera, diversa, sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.

Regulación de Fertilidad: Se define como una relación de apoyo psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde se escucha, acoge, informa y guía, a adolescentes, mujeres u hombres solos o en pareja, a fortalecer su capacidad para la toma de decisiones y la adquisición y mantenimiento de conductas protectoras, informadas y responsables en relación a la elección y uso de un método anticonceptivo y protección de ITS/VIH/SIDA.

Prevención VIH e Infección de Transmisión Sexual (ITS): Es la atención en la cual, se evalúan las vulnerabilidades y riesgos personales frente al VIH y las ITS, se actualiza información y se planifican estrategias de prevención en forma personalizada. La oferta del examen de detección del VIH, y otros exámenes se realiza si los antecedentes recopilados justifican su realización.

Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis (Embarazadas): Es la atención brindada a la gestante, en la cual se entrega información clara y precisa sobre las ventajas de realizarse el examen y conocer su resultado. Se debe enfatizar la confidencialidad de la información solicitada para facilitar la evaluación de riesgos y apoyar la toma del examen para la detección del VIH y la Sífilis.

Otras Áreas: corresponde a las consejerías realizadas en otros temas de promoción de salud y estilos de vida saludable. Nota: aquí corresponde registrar las consejerías para Hepatitis B, Hepatitis C, HTLV1, Chagas y Sífilis.

Entrega de preservativos adolescentes y jóvenes en espacios amigables/diferenciados: Corresponde a la actividad en la cual se entregan preservativos con una acción educativa sobre su uso correcto, a jóvenes, tanto hombres, mujeres y personas trans para el pleno disfrute 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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

Se registra la consejería por cada área descrita, según el integrante del equipo de salud que la realiza, desglosada por edad y por sexo. Así como también se registra por espacios amigables.

Las consejerías realizadas para niño(s) o niña(s) menores de 10 años, se debe registrar en la columna para ese grupo de edad y no en otra, aun cuando la consejería la reciba un adulto.

La consejería es una actividad que requiere agendarse y no son homologables a una consulta o control, así como tampoco corresponde el registro de otra actividad.

SECCIÓN A.2: CONSEJERÍAS INDIVIDUALES POR VIH/SIDA (NO INCLUIDAS EN SECCIÓN A.1)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

Información y Orientación asociada al examen de detección del VIH (Consejería Pre Test VIH) Es la atención que se brinda a una persona asociada a la oferta o solicitud del examen de detección del VIH, en que se entrega información sobre el VIH/SIDA, sobre el examen y sus posibles resultados, se firma el consentimiento informado y se acuerdan los procedimientos para la entrega del resultado.

Consejería post-test VIH: es la atención que se le realiza a una persona para la entrega del resultado del examen VIH sea este negativo o positivo confirmado por el ISP, que implica un diálogo asertivo que permita a la persona comprender a cabalidad la información y el significado del resultado, e incluye la derivación a servicios de salud según la situación particular de cada persona y con el reforzamiento de conductas preventivas.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2

Las consejerías pre y post test por VIH-SIDA NO deben estar incluidas en la sección A.1. Se registran por grupo etario y sexo de la persona atendida, según donde se lleva a cabo la actividad: en Servicios de Sangre, en sala de hospitalización si la persona está hospitalizada, en atención de especialidad (CDT-CRS), en atención primaria o en otras instancias.

SECCIÓN A3: CONSEJERÍAS FAMILIARES

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.3

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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.3

Se registra la consejería realizadas a las familias según tema prioritario descrito en REM. La sección se registra el número de consejería familiar en promoción de la salud, según el área descrita en la misma.

El Número de consejerías según Sexo, no debe ser diferente al total.

Las consejerías realizadas en espacios amigables NO pueden ser mayores que el Total de Consejerías.

SECCIÓN B. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN

SECCIÓN B1: ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN SEGÚN ESTRATEGIAS Y CONDICIONANTES ABORDADAS Y NÚMERO DE PARTICIPANTES

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.1

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. Pueden ser presentaciones temáticas a cargo de expertos. Esta actividad se homologa a la capacitación.

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). Se incluye como estrategia a los grupos de Adolescentes y Jóvenes (10 a 24 años).

Condicionantes de Promoción (Abordadas): Son todos aquellos factores o características tanto de las personas y sus conductas, como del entorno o del ambiente, que estén asociados a la protección o al riesgo para la salud de las personas.

Actividad Física: Corresponde a aquellas actividades de promoción realizadas por el equipo de salud que estimulan y fomentan la actividad física, la vida al aire libre, como factor protector de la salud, con público mayor de 20 personas como beneficiarios directos.

Alimentación: corresponde a las actividades relacionadas con alimentación saludable y etiquetado nutricional, tales como exposiciones, mesones saludables, ferias y otros similares.

Ambiente Libre de Humo de Tabaco: corresponde a las actividades destinadas a generar ambientes libres del humo de tabaco, en hogares, escuelas, oficinas, grupos comunitarios, deportivos, instituciones, empresas, etc. que pueden concluir en una acreditación como ambientes libres del humo de tabaco o solo informar y sensibilizar al grupo objetivo.

Factores Protectores Psicosociales: corresponde a las intervenciones que apuntan al manejo del estrés, desarrollo de habilidades para la vida, y cambios actitudinales y comporta mentales, que favorezcan la participación y la construcción de redes sociales así como intervenciones colectivas que potencien un entorno que fomente la justicia social, la existencia de apoyo social y la participación de las personas en las decisiones acerca de su propia salud y su propia vida.

Factores Protectores Ambientales: corresponde a las intervenciones relacionadas con la preservación y el cuidado del medio ambiente y la naturaleza, el uso racional de los recursos energéticos, la polución de los recursos hídricos, la pérdida de agua, la disposición de las basuras, los procesos de reciclaje, la eliminación de microbasurales, orientadas a controlar y disminuir la

contaminación de aire, tierra, agua y de todo elemento de la naturaleza que comprometa la salud del ser humano y la calidad de vida de la población.

Actividades de Promoción de DDHH: corresponde a las actividades que se realizan con la comunidad a objeto de dar a conocer y promover los derechos de las personas y el Programa PRAIS.

Salud Sexual y Prevención de VIH/SIDA e ITS: Corresponden a las acciones desarrolladas para la promoción de la Salud Sexual integral y placentera, las conductas sexuales seguras, el fomento la prevención del VIH/ y las ITS, así como para contribuir a la adherencia a los controles preventivos y educación a las gestante y sus parejas en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis.

Determinantes Sociales: son las acciones realizadas por determinados grupos sociales, como Donación Altruista o repetida de Sangre y el Programa Chile Crece Contigo.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.1

Eventos masivos: se registra la actividad desarrollada en la fila de la estrategia correspondiente, según la condicionante abordada y el número de participantes.

En reuniones de planificación participativa, se registra las estrategias de promoción que se privilegien en la actividad, las condicionantes abordadas, el total de reuniones de planificación realizadas con el público de la estrategia involucrada, y el número de participantes.

Jornadas y Seminarios: se registra la actividad, independiente del tipo de actividad realizada y del tiempo empleado, esto es que si una capacitación dura un día completo, se debe registrar sólo una actividad, indicando la estrategia privilegiada, los componentes abordados y el número de participantes.

Educación Grupal: se registra la estrategia de promoción seleccionada, la o las condicionantes abordadas, el total de educaciones grupales realizadas, y el número de participantes.

Actividad Física: se registra el total de actividades deportivas y recreativas realizadas con la comunidad según el número de participantes.

Alimentación, ambiente libre de humo, factores protectores psicosociales y ambientales, Derechos Humanos, Salud Sexual y Prevención del VIH/SIDA e ITS, Donación Altruista o repetida de Sangre. Se registra la estrategia o espacio en que se realizó la actividad 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.

No corresponde sumar las Condicionantes Abordadas y los Determinantes Sociales, ya que son actividades distintas.

SECCIÓN B.2: TALLERES GRUPALES DE VIDA SANA, SEGÚN TIPO, POR ESPACIOS DE ACCIÓN

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.2

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" y "Yo me Cuido" Control del Tabaco que se agrupan en las "Consejerías de Vida Sana" (Ref. "Consejería en Vida Sana" Manual de Intervenciones Promocional en Centros de APS. Ord. 15AC N° 5435 del 08/10/2004. Pág. Web minsal/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.

Espacio Amigable: Se definen, como 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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.2

Se registra la estrategia o espacio en que se realizó y los tipos de talleres grupales realizados.

SECCIÓN B3: ACTIVIDADES DE GESTIÓN SEGÚN TIPO, POR ESPACIO DE ACCIÓN

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.3

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, validación, 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 SECCIÓN B.3

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.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.19b ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

ESTRUCTURA REM-A.19b

Sección A: Atención Oficinas De Informaciones (Sistema Integral De Atención A Usuarios).

Sección B: Actividades Por Estrategia/Línea De Acción O Espacio / Instancia De Participación Social.

Sección C: Reuniones De Adulto Mayor.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.19b

SECCIÓN A: ATENCIÓN OFICINAS DE INFORMACIONES (SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A USUARIOS)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Oficinas de información, reclamos y sugerencias: Son espacios de atención y participación ciudadana en los servicios públicos que facilita el acceso de la población a la información, entrega atención oportuna, clara, transparente y de calidad a todas las personas sin discriminación, permite establecer coordinación con otras reparticiones públicas y recibe y gestiona todas las solicitudes ciudadanas, constituyéndose en un espacio de participación.

Se realizan actividades como Atención de público, gestión de reclamos y sugerencias, supervisión de funcionamiento de las OIR, análisis de la información registrada en las OIR y otros.

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. Ej.: calidad de atención, acceso, cobertura financiera, prestación indebida de un servicio sanitario, la atención inoportuna de una solicitud, etc.

Los reclamos se clasifican en:

Trato: Se consideran en esta categoría todos aquellos reclamos de usuarios que se refieran a la actitud de los funcionarios del establecimiento, en relación al trato, lenguaje, respeto a la privacidad y confidencialidad, identificación de los funcionarios, acogida, atención, entrega de información y comunicación.

Competencia Técnica: Se consideran dentro de esta categoría todos aquellos reclamos de usuarios relacionados con los procedimientos técnicos o decisiones adoptadas por cualquier integrante del equipo de salud en relación a la patología consultada o en tratamiento. Es importante señalar que esto no implica un juicio o auditoria del actuar del equipo de salud, aunque sí en determinadas situaciones puede dar origen a ella, sino que simplemente estamos aceptando que desde el punto de vista del usuario o su familia, con la información que tiene

disponible y según su propia percepción, está disconforme con las acciones emprendidas por el equipo de salud.

Infraestructura: Se consideran en este rubro todos aquellos reclamos que realicen los usuarios referentes a las condiciones estructurales y del ambiente del establecimiento de salud con relación a: accesos, condiciones de seguridad del establecimiento en relación a emergencias, condiciones de mantención de equipos, condiciones de salas de espera, baños públicos, etc., condiciones de temperatura y ventilación, condiciones higiénicas y estéticas de los edificios, patios y jardines, comodidad y seguridad de camas, cunas y camillas de traslado, condiciones de comodidad para los familiares de los pacientes hospitalizados, seguridad de las pertenencias de los pacientes y familiares.

Tiempo de Espera (en sala de espera): Se consideran en este ítem todo tipo de reclamos relacionadas con Tiempos de espera en Salas de espera (urgencia, consultas médicas, farmacia, laboratorio, Imagenología, etc.)

Tiempo de Espera por consulta especialidad (Lista de Espera): Se consideran en este ítem todo reclamo relacionado con Tiempos de espera para una consulta por especialista.

Tiempo de Espera por cirugía (Lista de Espera): Se consideran en este ítem todo reclamo relacionado con Tiempos de espera para una Intervención Quirúrgica.

Información: Se considera en este rubro aquellas opiniones relacionadas con la transmisión de información y acciones comunicacionales del equipo de salud con los usuarios, tanto respecto a los contenidos como a la forma utilizada en la entrega de la información. Deberán considerarse elementos como el lenguaje, oportunidad, comprensión, capacidad de respuesta a los requerimientos del usuario considerando las características personales del individuo y su condición de salud.

Considera además, el Consentimiento Informado y el derecho a que el paciente y familia directa, puedan obtener los datos que requieren de la Ficha Clínica.

Procedimientos Administrativos: Se clasificarán dentro de esta categoría, todos los reclamos de los usuarios relacionados con procesos, procedimientos o funcionamiento administrativo del establecimiento, como los siguientes: procesos de admisión y recaudación, procedimientos o trámites durante la estadía en la institución, funcionamiento del establecimiento con relación a horarios de atención, procedimientos administrativos al egreso, procedimientos de referencia y/o derivación. En general, todo proceso que involucre el funcionamiento de la Organización.

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 auditoría del actuar del funcionario, aunque sí puede dar origen a ella.

Garantías Explícitas en Salud (GES): Se considera en esta categoría aquellos reclamos, en que según la información que tiene el usuario, NO se han respetado las garantías a las que tiene derecho y que están establecidas en el reglamento de la Ley n° 19.966, sobre las garantías explícitas en salud.

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): 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 SECCIÓN A:

Se registrarán las actividades de atención en las Oficinas de informaciones, tales como reclamos, consultas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes; los reclamos que se presenten en relación al servicio al cual pertenece la oficina o respecto de alguno de sus funcionarios, que expresen cualquier tipo de irregularidad que afecte los intereses del usuario, las consultas en relación a la entrega de información y orientaciones al usuario acerca del establecimiento en el que se encuentra, respecto de sus funciones, su organización, igualmente con respecto a los plazos, documentos y formalidades requeridos para acceder en forma expedita y oportuna a las diversas prestaciones, las sugerencias que los presenten para mejorar el funcionamiento de ese servicio o repartición, las felicitaciones recibidas. Se registrará los reclamos, consultas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes realizadas en el mes, diferenciadas por sexo de la persona que lo plantea.

Se debe registrar:

El número de “respuestas del mes entregadas dentro de los plazos legales (15 días hábiles)” de reclamos generados en el mes y reclamos generados en el mes anterior.

El número de “reclamos respondidos fuera de los plazos legales”, (superior a 15 días), en el mes informado.

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”.

En “reclamos pendientes, respuestas pendientes fuera del plazo legal”, se registra el número de reclamos según tipo, que siguen estando pendiente en el mes del informe, pero ya se cumplió el plazo legal para dar respuesta con solución (superior a 15 días hábiles).

SECCIÓN B: ACTIVIDADES POR ESTRATEGIA/LÍNEA DE ACCIÓN O ESPACIO/INSTANCIA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B

Actividades de trabajo comunitario e intersectorial: Es un conjunto de actividades programadas que realiza el equipo de salud en conjunto con la comunidad, sus organizaciones y/o con instituciones de distintos sectores, destinadas a desarrollar distintas estrategias y espacios de participación que contribuyan a la identificación de problemas, necesidades y expectativas de la población, concertar recursos e implementar iniciativas que permitan abordarlos en forma conjunta e integral y que apunten al mejoramiento de la atención en salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidad.

Clasificación de las Actividades:

Actividades de administración y /o gestión: Son todas aquellas actividades como registro de información, preparación de reuniones y actividades, revisión bibliográfica, reuniones de equipo, espacios de reflexión, coordinaciones telefónicas, revisión y respuesta de correos electrónicos, lectura de documentos, estudio de temas, entre otros.

Entrevista: Corresponde a una interacción donde se comparte información entre uno o más representantes del equipo de salud y representantes de la comunidad o de alguna institución con un objetivo previamente establecido (no incluye la atención directa a usuarios).

Reuniones de coordinación y trabajo en el intrasector: Se refiere a la instancia de intercambio de información, ideas y opiniones para el diseño, planificación, monitoreo y evaluación de diversas acciones y tareas conjuntas de los diversos actores del sector salud.

Reuniones de coordinación y trabajo intersectorial: Se refiere a la instancia de intercambio de ideas y opiniones y de coordinación a nivel local donde se interrelacionan los actores del equipo de salud, la comunidad organizada e instituciones estatales o privadas para potenciar su quehacer y desarrollar acciones conjuntas en pro de objetivos comunes.

Actividades de Monitoreo: Corresponde a todas las acciones con fines de monitorear y evaluar la implementación de las diversas estrategias de participación, incluye además, el levantamiento de información, análisis de información, diseño de instrumentos.

Asesoría Técnica: Se refiere tanto las acciones de capacitación, formación y entrega de orientaciones técnico - metodológicas que permiten desarrollar competencias y habilidades como las acciones de supervisión destinadas a acompañar y orientar los procesos de implementación de las estrategias de participación social, de acuerdo a lo planificado.

Jornadas de intercambio de experiencias: Son todas aquellas acciones que contribuyen al intercambio de experiencias de participación social que generan espacios de aprendizaje, reflexión y capacitación de las personas. Pueden ser Seminarios, Jornadas, Pasantía u otra.

Actividades de difusión y comunicación social: Es el conjunto de acciones que tienen como objetivo entregar información general o contenidos educativos específicos en forma masiva a

través de distintos medios de comunicación escrita o audiovisual. Ej.: perifoneo, volanteo, plazas ciudadanas, otros.

Educación y Capacitación Comunitaria: Es una técnica formativa de carácter grupal y comunitario que tiene como objetivo el desarrollo de habilidades o destrezas que contribuyan a la promoción, prevención, recuperación de su salud, como también al desarrollo de capacidades para la participación activa en el diagnóstico, ejecución y evaluación de acciones e iniciativas de salud, protección de derechos y ejercicio de ciudadanía activa, mediante seminarios, talleres, capacitación.

Eventos masivos: Son aquellas actividades de carácter masivo con asistencia de usuarios representantes del nivel local tanto institucionales como de la sociedad civil para sensibilizar, difundir, comunicar, consultar, intercambiar información, realizar actividades de recreación social, culturales, deportivas u otras que apunten a mejorar la calidad de la atención y situación de salud de la población. A través de Asambleas, Cabildos, plazas ciudadanas, actividades culturales, deportivas o recreativas, caminatas, otras.

Actividades Pueblos indígenas: Son todas aquellas actividades que realizan los profesionales y técnicos de los equipos de salud incluidos los facilitadores interculturales, que involucran a personas, familias, comunidades, grupos y/o asociaciones indígenas pertenecientes a los 9 pueblos indígenas reconocidos por la Ley Indígena N° 19.253: aymará, quechua, atacameño, diaguita, colla, rapanui o pascuense, mapuche, kawashkar o alacalufe, y yámana o yagan.

Actividades de Participación social por técnico paramédico: los Técnicos paramédicos realizan ciertas actividades que tienen por fin incluir en la implementación y ejecución de estrategias para mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida

Clasificación de los Espacios o las Instancias de participación:

Consultas ciudadanas: Espacios de consulta ciudadana sobre temas vinculados con la salud que requieren contar con información acerca de la opinión de la ciudadanía, apoyo y legitimidad social.

En general se realizan actividades como: paneles ciudadanos, grupos focales, cabildos, encuestas, espacios abiertos y diálogos sociales.

Consejos Consultivos, de Desarrollo y Comités Locales: Son instancias creadas con el objeto de facilitar el control social de la gestión pública, contribuir al buen funcionamiento de la Red Pública de Salud y dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios. Se realizan actividades como: paneles ciudadanos, grupos focales, cabildos, encuestas, espacios abiertos, diálogos sociales.

Mesas Territoriales: Instancia de trabajo conjunto asociada a un territorio delimitado como una micro red local, red de Servicio de Salud o la comuna para el intercambio de información, ideas y opiniones para el diseño, planificación, monitoreo y evaluación de diversas acciones y tareas conjuntas relacionadas con el funcionamiento, articulación de la red de salud, conformación y funcionamiento de redes de protección social, articulación de políticas locales en bien de la salud, entre otros.

Las actividades que implica son: convocatoria de las y los actores de la micro red a incorporar en la mesa, reuniones de las Mesas Territoriales, acciones derivadas de los acuerdos de las Mesas Territoriales, redacción de Actas de acuerdos o Informes.

Mesas/Diálogos Tripartitos: Instancia de trabajo conjunto entre directivos, equipo de salud y la comunidad organizada para el intercambio de información, ideas y opiniones para el diseño, planificación, monitoreo y evaluación de diversas acciones y tareas conjuntas vinculadas con objetivos e intereses comunes. Implica actividades como: convocatoria de las y los actores a incorporar en la mesa, reuniones de las Mesas Tripartitas, acciones derivadas de los acuerdos de las Mesas tripartitas, redacción de Actas de acuerdos o Informes.

Mesas de Salud Intercultural: La interculturalidad en salud define en cierta forma la complementariedad de sistemas médicos, lo que no constituye una relación obligada ni se espera que sea de manera simultánea. Estas mesas son una instancia formal de participación cuyo fin es profundizar la participación de los pueblos indígenas en la gestión de las políticas públicas. Es labor de la SEREMI, promover, convocar y coordinar las mesas regionales y su vinculación con el intersector. La complementariedad solo será posible en la medida que se produzca un acercamiento entre los sistemas; esto mediante la creación de estrategias entre los equipos de salud con el trabajo que realizan los especialistas de la medicina indígena.

En el caso que las mesas sean provinciales y comunales, son responsabilidad de los Servicios de Salud y responden a instancias que favorecen la participación de los indígenas en la planificación, implementación y evaluación de estrategias destinadas a mejorar el estado de salud, accesibilidad, calidad y pertinencia de las acciones sanitarias orientadas a esta población.

Es decir, la complementariedad solo será posible en la medida que se produzca un acercamiento entre los sistemas; esto mediante la creación de estrategias entre los equipos de salud con el trabajo que realizan los especialistas de la medicina mapuche.

Mesas de Salud Intercultural: La interculturalidad en salud define en cierta forma la Complementariedad de sistemas médicos, lo que no constituye una relación obligada ni se espera que sea de manera simultánea.

Clasificación de Estrategias y espacios de participación:

Rendición de cuentas (Cuentas Públicas): La cuenta pública es una herramienta de democratización de la información en salud y de transparencia de la gestión pública. Da cuenta de los logros en materia sanitaria, inversiones y mejoras en la gestión de los Servicios de Salud y establecimientos de la Red Asistencial. Considera actividades como:

- Reuniones de coordinación entre Directivos, Representantes del Equipo de salud y los Dirigentes de la Comunidad Organizada para la preparación y análisis de la Cuenta.
- Convocatoria a comunidad, autoridades locales, representantes de instituciones a ceremonia de entrega de la Cuenta Pública
- Entrega de la Cuenta Pública a la comunidad en general.

Presupuesto Participativo: Es un proceso deliberativo en el que la ciudadanía decide sobre el uso de los recursos públicos en Salud, y desarrolla un control y seguimiento de la ejecución presupuestaria, sustentado en la transparencia de la gestión pública y en el ejercicio democrático.

El proceso de implementación requiere desarrollar una serie de actividades como:

- Reuniones de trabajo del equipo de salud
- Reuniones de trabajo con representantes de la comunidad territorial
- Jornadas de capacitación en la metodología de presupuestos participativos
- Actividades de difusión
- Convocatoria a delegados territoriales
- Asambleas territoriales para la generación de propuestas y votación
- Reuniones de análisis de factibilidad de las propuestas
- Ceremonia de entrega de propuestas seleccionadas por parte de los delegados territoriales.
- Evaluación y sistematización.

Satisfacción Usuaría: Se refiere al grado de cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las expectativas del usuario con relación a los servicios que éste le ofrece.

Son aquellas actividades que permiten conocer los problemas de calidad de atención y gestión visualizados por los usuarios y complementar el diagnóstico técnico del equipo de salud; como: Instrumentos de Medición de Satisfacción Usuaría, aplicación de encuestas y cuestionarios, grupos focales, usuario incógnito, encuestas telefónicas y el análisis de la información y elaboración de recomendaciones.

Corresponsabilidad en Salud: La corresponsabilidad en salud pretende fortalecer los vínculos entre el equipo de salud y organizaciones comunitarias a través de estrategias de trabajo conjunto entre ambos actores sociales, como el reconocimiento y visibilización de las competencias de las organizaciones comunitarias, la formalización del trabajo colaborativo y el apoyo financiero a diversas propuestas y actividades de estas organizaciones.

Humanización de la Atención: Son aquellas acciones o actividades orientadas al logro de una atención en salud humanizada y a una mejoría en el trato al usuario, tales como: apoyo a la participación de padres en el parto, extensión del horario de visita diaria, aplicación del consentimiento informado, participación de la familia en la alimentación de personas hospitalizadas, coordinación de actividades vinculadas a la asistencia espiritual a las personas y sus familias, hospitalización pediátrica y de adultos mayores, organización de biblioteca móvil, información y difusión sobre derechos de las personas, entre otras.

Planificación Local Participativa: Corresponde a la instancia en la cual un grupo formado por representantes del equipo de salud, de la comunidad y de instituciones públicas y privadas se reúnen con el fin de identificar, priorizar problemas y jerarquizar necesidades con el fin de contribuir a la elaboración del Plan de Salud del establecimiento y de la comuna, y a proyectos específicos que tiendan a mejorar la atención y situación de salud de la población.

Se desarrollan actividades como reuniones con directivos, equipo de salud, la comunidad organizada y representantes de instituciones públicas y privadas para el desarrollo de las

siguientes etapas del proceso de planificación local: Diagnóstico participativo, Programación conjunta, Ejecución Conjunta, Evaluación participativa y Sistematización.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Debe ser registrada por los convocantes en calidad de organizadores.

SECCIÓN C: REUNIONES DE ADULTO MAYOR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Reunión Clínica: es la actividad realizada por los integrantes del equipo de salud que atienden al adulto mayor, con la finalidad de analizar los casos de adultos mayores frágiles que pese a su tratamiento no mejoran su descompensación, y en conjunto elaborar una estrategia común de manejo integral del paciente, con el fin de evitar que la persona pierda autovalencia y pase al grupo de adulto mayor dependiente.

Reuniones Clínicas con instituciones de larga estadía: son actividades realizadas por los integrantes del equipo de salud, con representantes de las instituciones de larga estadía que atienden a adultos mayores adscritos a la jurisdicción territorial del establecimiento, con el propósito de preparar en conjunto las estrategias que permitan mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Se registra el número de reuniones realizadas en el mes informado y el número total de casos analizados, a objeto de evitar duplicación de registros. En el informe diario debe ser registrada esta actividad por el profesional que lidera dicha reunión, el resto de los profesionales participantes sólo consignarán el tiempo ocupado.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.21 PABELLONES QUIRÚRGICOS Y OTROS RECURSOS HOSPITALARIOS

ESTRUCTURA REM-A.21

Sección A: Capacidad Instalada Y Utilización De Los Pabellones Quirúrgicos.

Sección B: Procedimientos Complejos Ambulatorios.

Sección C: Hospitalización Domiciliaria.

Sección C.1: Personas Atendidas En El Programa.

Sección C.2: Visitas Realizadas.

Sección D: Hospital Amigo.

Sección D.1: Acompañamiento A Hospitalizados.

Sección D.2: Información A Familiares De Pacientes Egresados.

Sección E: Apoyo Psicosocial A Niños (As) Hospitalizados.

Sección F: Gestión De Procesos De Pacientes Quirúrgicos Con Cirugía Electiva.

Sección G: Gestión De Pabellón (Cirugía Electiva-Institucional).

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.21

SECCIÓN A: CAPACIDAD INSTALADA Y UTILIZACIÓN DE LOS PABELLONES QUIRÚRGICOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Pabellón Quirúrgico: Se entiende por pabellón quirúrgico o quirófano al recinto de uso restringido que cuenta con instalaciones, anexos, equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes para ejecutar la actividad quirúrgica y las acciones de anestesia y reanimación post operatoria a pacientes hospitalizados, ambulatorios y de urgencia.

El pabellón incluye, entre otros elementos, los siguientes:

- Mesa quirúrgica
- Equipos de iluminación de emergencia
- Calefacción y aire acondicionado
- Unidad o sala de recuperación post anestésica
- Máquinas de anestesia y equipos de intubación traqueal
- Equipos varios (ejemplos: control cardiorrespiratorio, resucitadores, de ventilación mecánica etc.).
- Insumos y elementos
- Gases
- Anestesia
- Medicamentos específicos

Se incluyen los pabellones destinados a Cirugía Electiva, Urgencia, Obstétricos e Indiferenciados, entendiéndose por estos últimos los que se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia.

Número de Pabellones: Corresponde a la cantidad de pabellones asignados al establecimiento por la autoridad competente, instalados y dispuestos para realizar cirugía mayor y que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. El número de pabellones no es afectado por fluctuaciones temporales, es decir cierres transitorios por mantención de éstos u otras causas.

Número de Pabellones en trabajo: Corresponde al Número (entero) de Pabellones utilizados en cirugía mayor y que se ven afectados por fluctuaciones temporales (RRHH, Equipamiento, estacionales

Horas Mensuales Disponibles: Corresponde a las horas mensuales de los pabellones en trabajo que se encuentran en condiciones de uso para realizar cirugía mayor. Estas se encuentran asociadas al número de pabellones disponibles "en trabajo" por lo que considera factor de recurso humano, equipamiento y cambios estacionales.

No se considera pabellón disponible, en el mes, el que se encuentra inhabilitado para su uso en dicho período.

En pabellones destinados a realizar intervenciones quirúrgicas electivas, en general, corresponde estar disponibles a lo menos ocho horas diarias. En pabellones de urgencia, obstétricos e indiferenciados la disponibilidad debería ser de 24 horas diarias.

Horas Mensuales de Preparación: Corresponde a las horas mensuales ocupadas destinadas a la mantención y desinfección del pabellón.

Horas Mensuales Ocupadas: Se refiere al total de horas mensuales ocupadas en los pabellones en trabajo; es decir que se encuentran en condiciones de uso para realizar cirugía mayor.

Horas Mensuales Ocupadas (intervención) en Beneficiarios: Corresponde a las horas ocupadas en intervenciones quirúrgicas efectuadas a pacientes beneficiarios. Las horas ocupadas en intervenciones quirúrgicas a este tipo de pacientes, pueden ser utilizadas por cirujanos que cumplen su horario normal de contrato en el establecimiento o cirujanos a contratados a honorarios (suma alzada, compra de servicio, consultoría de llamada).

Nota: Para calcular el porcentaje de Utilización de Pabellón, son contempladas aquellas Horas Mensuales Ocupadas más Horas Mensuales de Preparación.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registra el número de pabellones de dotación y los en trabajo según tipo, correspondiente a pabellón de cirugía electiva, urgencia, de obstetricia e indiferenciado. Los pabellones obstétricos deben ser informados sólo cuando éstos se encuentran físicamente separados del resto y son utilizados exclusivamente por la especialidad respectiva.

En Horas Disponibles se registra el número Total de horas (beneficiario y no beneficiario) y el número de horas disponibles que se utilizan sólo en beneficiarios. Este registro es responsabilidad de la Unidad de Pabellón y deberá ser entregado a la Unidad de Estadística en el plazo establecido.

En Horas de Preparación se registra el número de horas ocupadas en preparar el pabellón para una nueva cirugía (desinfección, limpieza de instrumental, etc.). Este registro es responsabilidad de la Unidad de Pabellón y deberá ser entregado a la Unidad de Estadística en el plazo establecido.

En Horas Ocupadas (intervención) se registra las horas efectivamente ocupadas para la totalidad de las intervenciones quirúrgicas realizadas en los pabellones quirúrgicos del establecimiento, incluyendo a beneficiarios y no beneficiarios. Este registro es responsabilidad de la Unidad de Pabellón (fuente de datos son los protocolos operatorios) y deberá ser entregado a la Unidad de Estadística en el plazo establecido.

En Horas Ocupadas en Beneficiarios se registra el número de horas utilizadas en cirugías a pacientes beneficiarios, desglosada por:

Total: En esta columna se deberá registrar las horas ocupadas para la totalidad de las intervenciones quirúrgicas realizadas en los pabellones quirúrgicos a beneficiarios.

Con cirujanos en su horario normal: En esta columna se registrarán las horas ocupadas en intervenciones quirúrgicas realizadas a beneficiarios por cirujanos que cumplen su horario normal de contrato.

Con cirujanos a honorarios: En esta columna se registrarán las horas ocupadas en intervenciones quirúrgicas realizadas a beneficiarios por cirujanos contratados en modalidades de contratos a honorarios a suma alzada, consultorías de llamada o compra de servicios.

SECCIÓN B: PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS AMBULATORIOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Corresponde a las instalaciones del establecimiento destinadas a tratamientos terapéuticos realizados a pacientes en forma ambulatoria, es decir que no utilizan camas de hospitalización.

Esta sección se refiere a la modalidad de atención "Hospital Diurno", la cual se entiende como un tipo de atención que brinda apoyo al usuario sobre la base de la concurrencia de éste al hospital, de manera de recibir en sus dependencias algunos tratamientos durante todo el día, pero que no requieren que la persona permanezca en el recinto ocupando una cama.

Se pueden incluir en esta modalidad las unidades de diálisis, de quimioterapia, de cirugía mayor ambulatoria, coronariografía, hospital de día de salud mental, etc.

Recurso Disponible: Se refiere al número de camas propiamente tal (no hospitalaria), divanes, sillones tipo bergere o camillas de observación asignado al establecimiento por la autoridad competente, instalados y dispuestos para realizar, en forma ambulatoria, procedimientos terapéuticos complejos y que funcionan regularmente en períodos de actividad normal.

Ingresos: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a la atención de algún tratamiento o procedimiento ambulatorio complejo, se considerarán también como ingreso a las personas, que luego del alta deben volver a realizarse algún tratamiento o procedimiento.

Personas Atendidas: Se refiere al número de personas que son atendidas o que recibieron la atención especializada en las distintas Unidades.

Días Personas Atendidas: Corresponde al número de días por persona que se atendieron en alguna Unidad de procedimientos. Ej. En una Unidad de Hemodiálisis se atienden 3 personas por día durante 5 días de la semana, corresponde registrar por tanto 15 días/personas en esa semana, en un mes sería $15 * 4 = 60$ días personas.

Altas: Corresponde al total de personas que dejan de atenderse o tratarse en las distintas unidades, ya sea por orden médica, traslados, fallecimiento o abandono de tratamiento.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: se registra las actividades realizadas en las Unidades especificadas, según componente de esta modalidad de atención.

SECCIÓN C: HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

SECCIÓN C.1: PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.1:

La hospitalización en domicilio es una modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional para lo cual existe la capacidad de otorgar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los usuarios en su domicilio cuando ya no precisan infraestructura hospitalaria.

Ingresos: Número de pacientes ingresados a esta modalidad de atención.

Personas Atendidas: Se refiere a los pacientes que son atendidos bajo la modalidad de hospitalización en domicilio.

Días Personas Atendidas: Corresponde al número de días por paciente que se atendió. 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 egresaron de esta modalidad de hospitalización en domicilio.

Fallecidos: Corresponde al número de personas que fallecen estando atendido por la modalidad de hospitalización domiciliaria.

Reingreso a hospitalización: Corresponde al número de personas que por su condición de salud debe reingresar a una cama hospitalaria.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.1:

Sección C.1: se registra los componente establecidos por el Programa, desglosados en, ingresos del mes, personas atendidas (Ingresos de pacientes en un mes más los pacientes que permanecen desde el mes anterior), días persona, altas, fallecidos y reingreso a hospitalización tradicional.

SECCIÓN C.2: VISITAS REALIZADAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.2:

Visitas realizadas a personas en hospitalización domiciliaria: Corresponde al número de visitas domiciliarias realizadas a pacientes en Hospitalización Domiciliaria realizada por uno, dos o más profesionales y técnico paramédico de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.2:

Sección C.2: Se registra el número de visitas realizadas a personas con Hospitalización Domiciliaria, desglosado en los participantes de esta visita.

SECCIÓN D: HOSPITAL AMIGO

SECCIÓN D.1: ACOMPAÑAMIENTO A HOSPITALIZADOS

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D.1:

Se refiere a la modalidad de atención en que los Establecimientos Hospitalarios deban brindar atención acogedora y digna a la familia de los pacientes hospitalizados en éstos, mejorando de este modo la calidad de atención, esto en el marco de la Transformación de la Gestión Hospitalaria.

Los sistemas de acompañamiento deben incluir estrategias definidas de implementación lideradas por la dirección; elaboradas participativamente y socializadas interna y externamente y, además, la existencia y cumplimiento de los protocolos respectivos.

Total días camas ocupadas: Corresponde al número de días camas ocupados en el periodo, en el establecimiento (Fuente REM 20).

Días camas ocupadas con acompañamiento diurno: Corresponde a los días camas en que el paciente contó con acompañamiento durante el día, excluyendo el horario de visita.

Días camas ocupadas con acompañamiento mínimo de 6 horas: Corresponde a los días camas en que el paciente conto con acompañamiento diurno durante 6 horas (como mínimo), excluyendo el horario de visita. Este número de días camas no puede superar al total de días camas ocupadas, ni a días camas con acompañamiento diurno.

Días camas ocupadas con acompañamiento nocturno: Corresponde a los días camas en que el paciente conto con acompañamiento durante la noche.

Nota: Día Cama Integral corresponde a la permanencia de un paciente en un establecimiento asistencial, entre las 08.00 horas. y las 20.00 horas, ocupando una cama sin pernoctar.

Día Cama de Hospitalización Integral, Corresponde a ocupar una cama y cumpliéndose además la condición de pernoctar.

La prestación incluye:

El uso de un catre clínico, la alimentación oral diaria, la atención de todos los profesionales de la salud y personal paramédico, procedimientos de enfermería tales como tomas de muestras para exámenes, curaciones, administración de terapias, colocación de sondas, inyectables, enemas, administración de fleboclisis y transfusiones.

Además los medicamentos y dispositivos médicos de uso habitual, los materiales y elementos de enfermería. Insumos como oxígeno y aire comprimido.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D.1:

Sección D.1: se registra el número de día cama ocupada en la modalidad de "Hospital Amigo", desglosada en pacientes hospitalizados menores de 15 años, de 15 a 64 años y de 65 años más.

La información de esta sección debe ser entregada diariamente por las Enfermeras a cargo de los Servicio Clínicos o Centros de Responsabilidad, al personal que realiza el Censo de Camas Hospitalarias, debiendo éstos mantener un registro diario mensual con la información entregada, que será consolidada para vaciarla en el REM-A.21.

SECCIÓN D.2: INFORMACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES EGRESADOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D.2:

Corresponde a los paciente egresados cuyos familiares reciben orientación al momento del alta a fin de entregar información educar, prevenir y evitar reingresos. Además recibieron orientación para abordar el proceso definitivo de recuperación de los pacientes con posterioridad a su estadía en el Hospital tanto de alta, mediana o baja complejidad.

Esta información está comprometida protocolos de información al usuario¹ desarrollado de la línea programática Hospital Amigo.

La definición de Día cama de Hospitalización Integral, es aplicable a los diferentes tipos de días de hospitalización de especialidad existentes, tales como, medicina, pediatría, obstetricia y ginecología, traumatología, cirugía, psiquiatría².

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D.2:

Sección D.2: Se registra el número de pacientes egresados en el periodo y número de pacientes cuyos familiares recibieron información u orientación al momento del alta del paciente.

¹ Normas Modalidad Atención Institucional (MAI), FONASA, Resolución N° 50 del 30 de enero de 2009.

¹ Orientación Técnica y Metodológicas Compromisos de Gestión 2012

³ Orientación Técnica y Metodológicas Compromisos de Gestión 2012

SECCIÓN E: APOYO PSICOSOCIAL EN NIÑOS (AS) HOSPITALIZADOS (*)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Total de Egresos (en el periodo): Corresponde a los niños(as) que egresaron del establecimiento por concepto de alta o fallecimiento. No incluye los egresos por traslado a otro servicio clínico del mismo hospital.

Egresados con apoyo Psicosocial - Intervención Psicosocial: Corresponde a los niños y niñas egresados que durante su estadía fueron atendidos por (psicólogo (a), Asistente Social, Terapeuta Ocupacional) u otro profesional, a fin de preservar su desarrollo integral durante la situación de stress que significa la hospitalización, entre las cuales se encuentran: evaluación psicológica, apoyo psicológico (intervención en crisis) a la familia y el niño/a hospitalizado, actividades de fomento del autocuidado de los adultos cuidadores y de la conformación de redes de apoyo (Grupos de Autoayuda), evaluación de los factores de riesgo psicosocial familiar que pueden interferir en la recuperación y posteriores cuidados del niño/a, actividades educativas a las madres, padres y/o cuidadores acerca de la condición de salud, cuidados médicos y de enfermería, estimulación del desarrollo de acuerdo a la patología del niño(a).

Además, corresponde a los niños(as) que egresaron del establecimiento por concepto de alta o fallecimiento que recibieron intervención psicosocial. No incluye los egresos por traslado a otro servicio clínico del mismo hospital.

Nº de atenciones: Corresponde a las atenciones realizadas por distintos profesionales, tales como Psicólogo (a), Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, con énfasis en la evaluación psicológica, apoyo psicológico (intervención en crisis) a la familia y el niño/a hospitalizado, detección de variables de riesgo psicosocial, intervenciones psicosociales y actividades educativas a las madres, padres y/o cuidadores acerca de la condición de salud, cuidados médicos y de enfermería

Egresados con apoyo Psicosocial – Estimulación del Desarrollo: Corresponde a los niños y niñas egresados que durante su estadía fueron atendidos por distintos profesionales tales como Educadora de Párvulos, Educadora Diferencial, Kinesiólogo/a, Terapeutas ocupacionales u otro profesional y técnicos debidamente entrenado a fin de preservar su desarrollo integral durante la situación de stress que significa la hospitalización, entre las cuales se encuentran: diagnóstico del desarrollo del niño o niña, considerando estado de salud al momento de la evaluación, plan de estimulación integral del desarrollo de acuerdo a la patología y edad del niño(a), realización de actividades lúdicas con utilización o no de los ludos carros o ludo-baúles, realización de actividades de lectura, orientación en temas de estimulación a padres, madre y/o cuidadores del niño o niña durante la hospitalización y para desarrollar en el hogar posterior al alta, entre otras actividades de estimulación.

Además, corresponde a los niños(as) que egresaron del establecimiento por concepto de alta o fallecimiento que recibieron estimulación del desarrollo. No incluye los egresos por traslado a otro servicio clínico del mismo hospital.

Nº de atenciones: Corresponde a las actividades de estimulación realizadas con los niños/as de acuerdo a su edad y patología por distintos profesionales, tales como, Educadora de Párvulos, Educadora Diferencial, Kinesiólogo/a, Terapeutas Ocupacionales u otro profesional y técnicos debidamente entrenados que favorecen el desarrollo integral del niño(a) hospitalizado.

Estas actividades corresponden al Programa Chile Crece contigo y no son facturables por ser actividades en pacientes hospitalizados (día cama).

Nota (*): Ver Catálogo de Prestaciones Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB) – Programa Chile Crece Contigo.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E: Se registra el número total de egresos al que corresponde el mes de informe, de niños (as) y jóvenes según grupo de edad especificado en el REM, el número total de egresos de niños(as) y jóvenes que recibieron apoyo psicosocial con intervención psicosocial, y el número total de egresos de niños(as) y jóvenes que recibieron apoyo psicosocial con estimulación del desarrollo en el mes.

El número de atenciones de Intervención Psicosocial y atenciones de Estimulación del desarrollo corresponderá al registro de las actividades entregadas en el mes a las personas hospitalizadas, independiente del profesional que las otorgo y NO necesariamente tendrán una concordancia con el número de egresos en el periodo.

El registro de egresos con apoyo psicosocial de hospitalizados que recibieron intervención psicosocial o que recibieron estimulación del desarrollo son EXCLUYENTES. En el caso de un hospitalizado que reciba ambas intervenciones prevalecerá para el registro el egreso con "intervención psicosocial", ya que la estimulación del desarrollo es parte de las acciones de una intervención psicosocial. Sin embargo, si un hospitalizado recibe solo estimulación del desarrollo, y NO requiere de una intervención psicosocial, éste corresponderá registrarlo como un egreso con estimulación del desarrollo.

SECCIÓN F: GESTIÓN DE PROCESOS DE PACIENTES QUIRÚRGICOS CON CIRUGÍA ELECTIVA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

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, diagnóstico o terapéuticos y los servicios clínicos o unidades de hospitalización.

En cada especialidad: corresponde registrar el número de pacientes intervenidos y la sumatoria de los días de estada pre-quirúrgicos de éstos.

Cirugía General: Cirugías Abdominales y Proctológicas, grupo 18 del Arancel FONASA.

Traumatología: Cirugías Traumatología, grupo 21 del Arancel FONASA

Neurocirugía: Cirugías Neurocirugía, grupo 11 del Arancel FONASA

Urología: Cirugías Urología, grupo 19 del Arancel FONASA

Cirugía Adulto: Registro bloqueado para evitar que se produzcan confusión con el registro de Cirugía general mayor de 15 años.

Cirugía Infantil: Registro bloqueado para evitar que se produzcan confusión con el registro de Cirugía general menor de 15 años.

Cirugía Cardiovascular: Cirugías Cardiovasculares, grupo 17 del Arancel FONASA

Cirugía Máxilo Facial: Cirugías Máxilo Facial, grupo 27 del Arancel FONASA

Cirugía Tórax: Cirugías Tórax, grupo 17 del Arancel FONASA

Neurología: Cirugías Neurología, grupo 11 del Arancel FONASA

Otorrinolaringología: Cirugías Otorrinolaringología grupo 13 del Arancel FONASA

Oftalmología: Cirugías Oftalmología grupo 12 del Arancel FONASA

Obstetricia y Ginecología: Cirugías Obs. y Ginecología grupo 20 del Arancel FONASA

Ginecología: Cirugías. Ginecología grupo 20 del Arancel FONASA

Resto Especialidades: corresponde a los servicios clínicos que no están mencionados en el listado.

Días de estada Pre-Quirúrgicos: Corresponde a registrar la cantidad de días, con denominación Pre-Quirúrgicos, de pacientes que requieren acto quirúrgico, y por tanto días de hospitalización para tal actividad.

Para identificar el recurso de uso de cama, es necesario distinguir los días estada pre-quirúrgicos de los post-quirúrgicos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Sección F: se registra el número de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el mes del informe, según la especialidad por la que fue intervenido, y el número de días de estada pre quirúrgicos de los pacientes que tuvieron que esperar en una cama de hospital para ser intervenido (servicio clínico). No se incluyen las cirugías ambulatorias en este registro, ya que no generan días de estada pre quirúrgicos.

SECCIÓN G: GESTIÓN DE PABELLÓN (CIRUGÍA ELECTIVA-INSTITUCIONAL).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

Este proceso está asociado a la programación de la tabla quirúrgica. El cual tiene máxima relevancia pues su mejoramiento incide directamente en la eficiencia de las horas disponibles en pabellón y por cierto disminuye el indicador de suspensión. A su vez es clave para asegurar los recursos materiales y humanos que permitan sostener la tabla y así mismo garantizar la oportunidad y calidad de la atención de las personas priorizadas y preparadas.

Se entenderá como suspensiones todo evento en el cual la persona que estando en la tabla quirúrgica publicada, no es intervenida, independiente de la causa de suspensión (de la persona, pabellón, unidades de apoyo, equipos quirúrgicos).

El objetivo de este ítem es disminuir el número de intervenciones suspendidas por cada especialidad quirúrgica (de acuerdo a la cartera de servicios del establecimiento). Considerando que el estándar chileno es de 10% de suspensiones, los gestores de pabellón deberán en conjunto con los cirujanos y anestesistas, programar las intervenciones con el objeto de disminuir las suspensiones.

Cirugía General: Cirugías Abdominales y Proctológicas, grupo 18 del Arancel FONASA.

Traumatología: Cirugías Traumatología, grupo 21 del Arancel FONASA

Neurocirugía: Cirugías Neurocirugía, grupo 11 del Arancel FONASA

Urología: Cirugías Urología, grupo 19 del Arancel FONASA

Cirugía Adulto: Registro bloqueado para evitar que se produzcan confusión con el registro de Cirugía general mayor de 15 años.

Cirugía Infantil: Registro bloqueado para evitar que se produzcan confusión con el registro de Cirugía general menor de 15 años.

Cirugía Cardiovascular: Cirugías Cardiovasculares, grupo 17 del Arancel FONASA

Cirugía Máxilo Facial: Cirugías Máxilo Facial, grupo 27 del Arancel FONASA

Cirugía Tórax: Cirugías Tórax, grupo 17 del Arancel FONASA

Neurología: Cirugías Neurología, grupo 11 del Arancel FONASA

Otorrinolaringología: Cirugías Otorrinolaringología grupo 13 del Arancel FONASA

Oftalmología: Cirugías Oftalmología grupo 12 del Arancel FONASA

Obstetricia y Ginecología: Cirugías Obstétricas y Ginecología grupo 20 del Arancel FONASA

Ginecología: Cirugías. Ginecología grupo 20 del Arancel FONASA

Resto Especialidades: corresponde a los servicios clínicos que no están mencionados en el listado.

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.

Número de cirugías programadas / suspendidas: Corresponde al número de cirugías programadas según especialidad indicada en el REM, y a la suspensión de acto quirúrgico electivo por mala preparación del enfermo, falta de coordinación entre el servicio de anestesia, de cirugía y el propio paciente. Se sugiere que el gestor de pabellones tenga la capacidad de influir en la programación y pueda sustituir rápidamente la ausencia de un paciente.

Para optimizar rendimiento de camas se debe asegurar que el estudio pre operatorio del paciente sea ambulatorio. Además de verificación de conformidad de anestesista, cirujano, y paciente.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: Se registra el número de cirugías programadas según especialidad indicada en el REM, y el número de cirugías suspendidas en el mes del informe. Se registran solo las intervenciones quirúrgicas electivas bajo la modalidad de atención institucional (MAI). Se incluyen las cirugías ambulatorias.

Se entiende por suspensiones quirúrgicas a toda persona que se encuentra programada para cirugía en la tabla quirúrgica y por distintas causas de suspensión, ya sea por motivos del paciente o del establecimiento, se debe reprogramar nuevamente la cirugía.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.23
SALAS: IRA, ERA Y MIXTAS EN APS

ESTRUCTURA REM-A.23

- Sección A: Ingresos Agudos Según Diagnóstico.**
- Sección B: Ingreso Crónico Según Diagnóstico (Solo Médico).**
- Sección C: Egresos.**
- Sección D: Consultas De Morbilidad Por Enfermedades Respiratorias En Salas Ira, Era Y Mixta.**
- Sección E: Controles Realizados.**
- Sección F: Consultas Atenciones Agudas.**
- Sección G: Inasistentes A Control De Crónicos.**
- Sección H: Inasistentes A Citación Agendada.**
- Sección I: Procedimientos Realizados.**
- Sección J: Derivación De Pacientes Según Destino.**
- Sección K: Recepción De Pacientes Según Origen.**
- Sección L: Hospitalización Abreviada / Intervención En Crisis Respiratoria.**
- Sección M: Educación En Salas.**
- Sección M.1: Educación Individual (Programada Y Agendada).**
- Sección M.2: Educación Grupal En Sala (Agendada Y Programada).**
- Sección N: Visitas Domiciliarias Realizadas Por Equipo Ira-Era A Familias.**
- Sección O: Programa De Rehabilitación Pulmonar.**
- Sección P: Aplicación Y Resultado De Encuesta Calidad De Vida.**

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.23

SECCIÓN A: INGRESOS AGUDOS SEGÚN DIAGNÓSTICO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Se considerarán INGRESOS AGUDOS las atenciones realizadas a pacientes atendidos por primera vez por un cuadro respiratorio agudo determinado (I.R.A. ALTA, INFLUENZA, NEUMONÍA, COQUELUCHE, BRONQUITIS OBSTRUCTIVA AGUDA Y OTRAS IRAS BAJAS) o una Exacerbación (EXACERBACIÓN SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE (SBOR), EXACERBACIÓN ASMA, EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC), 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.

De constar más de un diagnóstico deberá considerarse el más distal (por ejemplo Otras IRAS 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 o si ocurrió la resolución total de un cuadro que luego se repitió (2 SBO seguidas en un mes, con un período intercrítico normal).

REINGRESO AGUDO

En el caso de la patología aguda se registra el REINGRESO que consta más de un diagnóstico y deberá considerarse el más distal (por ejemplo OTRAS IRAS bajas por sobre IRA alta) y/o el más grave. Un mismo paciente puede tener más de un REINGRESO al mes, si ha debido ser Re-derivado tras dos INGRESOS distintos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

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.

El paciente que ingresa por primera vez por patología aguda se registra una consulta (Sección F) y un ingreso, luego se cita a control (Sección E).

En el caso de la patología aguda se registra el REINGRESO por el kinesiólogo o enfermera, las atenciones realizadas a pacientes ya atendidos por un cuadro respiratorio determinado que vuelven a consultar o son re-derivados por el mismo cuadro dentro del mes.

Las atenciones sin derivación se consideraran CONSULTAS ESPONTANEAS (Sección F).

SECCIÓN B: INGRESO CRÓNICO SEGÚN DIAGNÓSTICO (SOLO MÉDICO).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Se considerarán INGRESOS CRÓNICOS las atenciones realizadas a pacientes atendidos por primera vez por un cuadro respiratorio crónico determinado (SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE (SBOR), ASMA BRONQUIAL, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC), DISPLASIA BRONCOPULMONAR, FIBROSIS QUÍSTICA U OTRAS RESPIRATORIAS CRÓNICAS).

En el caso de la PATOLOGÍA CRÓNICA el INGRESO es registrado por el MEDICO.

Un mismo paciente puede tener más de un INGRESO al mes. De constar más de un diagnóstico deberán considerarse ambos (por ejemplo EPOC y asma pueden coexistir).

REINGRESO CRONICO: Pacientes que re-consultan o son re-derivados por el mismo cuadro o tras haber abandonado los controles por otra causa (Alta, inasistencias, traslados o derivación).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Se registra el número de INGRESOS efectuados, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, según instrumento que realiza la actividad.

El paciente que ingresa por primera vez por patología crónica se registra una consulta y un ingreso (Sección D), luego se cita a control (Sección E).

Se considerará INGRESO DE CRÓNICO a la atención realizada a pacientes cuyo diagnóstico ha sido confirmado por médico e ingresado a SIGGES, según corresponda.

Las atenciones espontáneas se considerarán CONSULTAS DE MORBILIDAD (Sección D).

El REINGRESO se considera luego de un ALTA, inasistencia a control, Abandono de Tratamiento o que fue trasladada, registrando sólo la sumatoria de todo por diagnóstico.

Se considera Abandono de tratamiento las siguientes características:

- Menores de 1 año: 2 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.
- De 12 a 23 meses: 5 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.
- De 24 meses hasta 5 años 11 meses 29 días: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte. Periodo durante el cual, se activan los sistemas de rescate de inasistentes.
- Adulto: 11 meses 29 días, efectuándose en dicho período a lo menos 3 acciones de rescate de inasistentes.

Nota: Las consultas realizadas por médicos por causas respiratorias en dependencias distintas a las salas IRA, ERA o Mixtas, se registran en el REM-A04. Consultas.

SECCIÓN C: EGRESOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Egresos: Usuarios que egresan del programa, por abandono, fallecimiento, traslado o Alta. Se debe consignar todas las patologías que presentaba.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Se considerará EGRESOS a personas que se egresan del programa, por abandono, fallecimiento, traslado o alta.

Se considera Abandono de tratamiento las siguientes características:

- Menores de 1 año: 2 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.
- De 12 a 23 meses: 5 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.
- De 24 meses hasta 5 años 11 meses 29 días: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte. Periodo durante el cual, se activan los sistemas de rescate de inasistentes.
- 7 y más años: 11 meses 29 días, efectuándose en dicho período a lo menos 3 acciones de rescate de inasistentes.

Se consideran "Traslados" la siguiente característica:

- Pacientes que solicita cambio de centro de salud por cambio de dirección de residencia, trabajo u otro.

Se consideran "Altas" la siguiente característica:

- Usuarios que se encuentran en control y son dados de alta de su condición.

Se considera "Fallecimiento" las siguientes características:

- Usuarios que se encuentran en período de control (Dentro de un programa) y fallecen ya sea por causa de la misma patología u otros motivos.

Nota: Los egresos se registran en su totalidad, sólo se solicitan las causales de Fallecimiento y Abandono que deben estar incluidas en la desagregación por sexo y grupo étnico.

SECCIÓN D: CONSULTAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SALAS IRA, ERA Y MIXTA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Consultas de Morbilidad: Es la atención médica otorgada en horario asignado al programa con fines de diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud, sin perjuicio de las acciones de promoción y prevención realizadas por el profesional en el centro de salud.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Corresponde registrar el número de consultas realizadas por médico en salas IRA, ERA o Mixtas, desglosadas por grupo de edad y sexo.

No deben considerarse las consultas en el caso de haberse reconvertido la agenda de atención de crónicos a atención de morbilidad aguda. (En este caso se registra en la Sección F).

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 en las salas IRA, ERA o Mixtas se registran en el REM-A04.

El paciente que ingresa por primera vez por patología crónica se registra una consulta (Sección D) y un ingreso (SECCIÓN B) desagregado por sexo y grupo etéreo.

Las atenciones espontáneas se considerarán CONSULTAS DE MORBILIDAD.

SECCIÓN E: CONTROLES REALIZADOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Se considerará CONTROLES REALIZADOS a toda atención de población crónica respiratoria programada (con indicación de fecha de control), que se realiza con posterioridad al ingreso de crónicos o agudos (SECCIÓN B y SECCIÓN A) entregada por médico, kinesiólogo y/o enfermera.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Se registra el número de actividades programadas que se realiza en el programa, por médico, enfermera y/o kinesiólogo, debe ser registrado por Grupo etéreo y sexo.

SECCIÓN F: CONSULTAS ATENCIONES AGUDAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Se considerará Consulta de atenciones agudas a las consultas que se realizan con posterioridad a la primera atención por un cuadro respiratorio agudo o exacerbación de la patología respiratoria crónica, visto por enfermera o kinesiólogo.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Se registra el número de usuarios que acuden a las consultas que se realizan con posterioridad a la primera atención por un cuadro respiratorio agudo o exacerbación de la patología respiratoria crónica, desagregando por sexo y grupo etáreo.

Las atenciones sin derivación también se considerarán CONSULTAS ESPONTANEAS.

SECCIÓN G: INASISTENTES A CONTROL DE CRÓNICOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

Se considerará INASISTENTES a control de crónicos a pacientes que No han asistido a citación programada de su control de crónicos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Se registra el número de pacientes crónicos, según diagnóstico, que presentan inasistencia a control de salud respiratoria, por más de 3 meses, debiendo registrar en menores 15 años, de 15 a 19 años y 20 años y más.

Se considerará INASISTENTES a control a los pacientes que presenten más de 3 meses de atraso en la atención programada de su patología crónica (por ejemplo, si un paciente estaba citado en Mayo, se considera inasistente a partir de Septiembre). En esta sección también se deberá incluir a los pacientes que presenten más de un año de inasistencia (considerado abandono) y por lo mismo, egresar del programa respectivo y Registro en SECCIÓN C (Todos los diagnósticos que presentaba el usuario se deben egresar individualmente).

SECCIÓN H: INASISTENTES A CITACIÓN AGENDADA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:

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 SECCIÓN H:

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.

SECCIÓN I: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN I:

Se considerará PROCEDIMIENTOS la espirometría basal (Considera sólo una de las etapas de la técnica), Espirometría post BD (Considera la realización completa de la técnica), la flujometría basal, flujometría post BD (Considera la realización de la técnica pre y post BD), la Pimometría, el test de provocación con ejercicio, el test de marcha de 6 minutos, las sesiones de kinesioterapia respiratoria, estos procedimientos pueden ser realizado por el médico, kinesiólogo, enfermera según corresponda, en el marco de la atención a pacientes en las salas IRA, ERA o mixtas.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN I:

El registro se contabilizará de manera individual independiente de si fueron realizadas durante la misma consulta.

Se registran procedimientos descritos en sala IRA, ERA y MIXTAS y sólo los que fueron realizados por médico se debe colocar el total al final de la sección.

Cualquier otra actividad realizada por kinesiólogo se registra en el REM BS-17 Sección M, REM BM -18 Sección H, según corresponda (Otras atenciones a pacientes ambulatorios), o REM-28 Sección A.7 (procedimientos).

SECCIÓN J: DERIVACIÓN DE PACIENTES SEGÚN DESTINO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN J:

Se considerará DERIVACION 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.

En el marco de la atención de patología aguda o crónica de la sala (por ejemplo, si un paciente con crisis obstructiva no responde a la hospitalización abreviada y es evaluado por el médico del programa en las salas IRA o mixta o si un paciente asmático o con EPOC requiere evaluación en el nivel secundario y/o terciario).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN J:

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).

Corresponde registrar el número de pacientes con interconsultas, menores de 20 años y de 20 años y más, que son derivados a destinos como Unidades de Emergencia, SAPU, CAE, CDT O CRS.

SECCIÓN K: RECEPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ORIGEN.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN K:

Se considera RECEPCION DE PACIENTES las interconsultas dirigidas a los profesionales de la sala IRA, ERA o Mixta desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU o SAR) u otros servicios de atención primarios de urgencia (como SUR), profesionales del mismo centro de salud (Consultas de morbilidad), el Centro de Referencia de Salud (CRS) o el Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT), en el marco de la atención de patología aguda o crónica de la sala (por ejemplo, si se deriva de la UEH a continuar tratamiento en APS o un médico del centro requiere la evaluación de un paciente por sospecha de asma).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN K:

Se debe registrar el número de pacientes provenientes de Unidades de Emergencia, SAPU, consultas de morbilidad, CAE, CDT O CRS, divididos en menores de 20 y de 20 años y más.

Las derivaciones provenientes del nivel terciario (pacientes que fueron hospitalizados) deberán registrarse en la fila CAE / CDT / CRS, y así mismo las derivaciones provenientes del Extra-Sistema

SECCIÓN L: HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA / INTERVENCIÓN EN CRISIS RESPIRATORIA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN L:

Se considerará HOSPITALIZACION ABREVIADA / INTERVENCION EN CRISIS las atenciones de pacientes con cuadros moderados y severos, según los protocolos de manejo de cuadros obstructivos (menores de 3 años), exacerbaciones asmáticas y de EPOC.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN L:

Se registra el número total de hospitalizaciones abreviadas y/o intervenciones en crisis respiratorias por paciente, realizadas en el mes por diagnóstico desagregado sólo por grupo etáreo.

SECCIÓN M.1: EDUCACIÓN INDIVIDUAL (PROGRAMADA Y AGENDADA).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN M.1:

Se considerará educaciones individuales las sesiones orientadas a la educación de ciertas áreas temáticas, estas actividades deben ser realizadas previo agendamiento en el período de atención profesional de Salas IRA-ERA o Mixta. Puede ser realizado en box de atención o las salas de procedimientos.

- Antitabaco: Actividad que instruye al paciente en un período determinado. Se entregan conceptos de daños producidos por el tabaco y lo perjudicial que resulta para todo el organismo.
- Autocuidado según patología: Se educa al paciente de salas IRA-ERA o Mixta las diferentes Técnicas de Autocuidado para la patología que padece.
- Uso de terapia inhalatoria: Educación en relación a la técnica y como aplicarla
- Educación integral en salud respiratoria: se realiza al ingreso de pacientes y 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 (alimentación saludable, sedentarismo y conductas responsables) que permiten entregar conocimientos de prevención, fortalecer la educación del autocuidado y herramientas de automanejo.
- Otras Educaciones, aquellas actividades que no fueron descritas anteriormente.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN M.1:

Si se cita al paciente a una Educación Individual agendada y se tratan varios temas (Antitabaco, autocuidado según patología, uso de terapia inhalatoria, otras) se deberá registrar SOLO UNA EDUCACION, cuyo tema sea el de mayor asociación, el motivo que generó el agendamiento.

No se considerarán en este ítem las educaciones entregadas en las consultas o en controles, sólo se considera aquellas actividades educativas en que el paciente fue especialmente citado y agendado.

SECCIÓN M.2: EDUCACIÓN GRUPAL EN SALA (AGENDADA Y PROGRAMADA).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN M.2:

Se considerará educaciones grupales en sala a las correspondientes a talleres grupales orientados a la educación de ciertas temáticas como educación integral en salud respiratoria (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), rehabilitación pulmonar (corresponde a sesiones educativas grupales implementadas en los programas de rehabilitación pulmonar que se desarrollan en cada centro de salud), antitabaco, permitiendo entregar conocimientos de prevención, fortalecer la educación del autocuidado y herramientas de automanejo abordadas a través de sesiones dirigidas al intra e intersector.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN M.2:

Se debe registrar el número de: Sesiones, Participantes, profesional(es), que realizan interacciones de carácter educativo a grupos de pacientes en salas IRA-ERA y Mixtas, según temas.

Nota 1: El taller IRA para menores de 3 meses debe ser registrado en el REM 27.

Nota 2: Las educaciones antitabaco del REM 23 no deben incluirse en el REM 27.

SECCIÓN N: VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS POR EQUIPO IRA-ERA A FAMILIAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN N:

Corresponde a visitas domiciliarias realizadas por equipo IRA/ERA a familias de fallecidos por neumonía (aplicación de encuestas de fallecidos por neumonía según norma técnica), a pacientes crónicos severos o no controlados, pacientes del programa oxígeno ambulatorio, AVNI, AVI, AVNIA, AVI con la finalidad de entregar orientaciones a temas que tengan relación con las patologías abordadas en las salas IRA/ERA o Mixtas incluyendo la estrategia de hogar libre de humo de tabaco.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN N:

Se debe registrar las visitas realizadas por equipos IRA-ERA a familias, bajo el concepto de hogar libre del humo de tabaco, por muerte de neumonía en domicilio, programa de oxigenoterapia ambulatoria AVNI/AVNIA, educar y prevenir en otras visitas.

Las actividades deben ser registradas por el/los profesional(es) que la realizan.

Nota: Las visitas domiciliarias integrales a "Familia con niño < 12 meses con score de riesgo moderado de morir por neumonía" y "Familia con niño < 12 meses con score de riesgo grave de morir por neumonía" deben ser registradas en el REM-A26, al igual que la "Familia con niño con problema respiratorio crónico o no controlado"

SECCIÓN O: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN O:

Se considerará PROGRAMA DE REHABILITACION PULMONAR a un protocolo estructurado con objetivos, criterios de inclusión y exclusión, con metodología y flujograma, aplicable a la población objetivo de cada centro de salud.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN O:

Corresponde a INGRESOS al total de pacientes que ingresan al programa que tiene una duración establecida en la metodología, EGRESOS: por término de tratamiento, se ingresa el total de usuarios que finalizan el programa según los criterios de finalización establecidos en él; por abandono, donde se consignan los pacientes que no finalizan el programa, ya que no cumplieron los requisitos de asistencia a éste.

SECCIÓN P: APLICACIÓN Y RESULTADO DE ENCUESTA CALIDAD DE VIDA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN P:

Corresponde a la APLICACION DE ENCUESTAS DE CALIDAD DE VIDA EN SALA, a la aplicación de instrumento sugerido por la unidad de salud respiratoria MINSAL, el cual se debe aplicar al ingreso de crónico según diagnóstico y luego cada año de permanecer como población crónica respiratoria bajo control, diferenciando si el puntaje mejoró o no significativamente respecto de evaluación inicial (según instrumento aplicado).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN P:

Registro de encuestas aplicadas al ingreso de crónico según diagnóstico. Se registra el resultado que se obtiene a los 12 meses en el control de salud.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.24 ATENCIÓN EN MATERNIDAD

ESTRUCTURA REM-A.24

Sección A: Información De Partos Y Abortos Atendidos.

Sección B: Acompañamiento En El Proceso Reproductivo.

Sección C: Información De Recién Nacidos.

Sección C.1: Nacidos Vivos Según Peso Al Nacer.

Sección C.2: Recién Nacidos Con Malformación Congénita.

Sección C.3: Apgar Menor O Igual A 3 Al Minuto Y Apgar Menor O Igual A 6 A Los 5 Minutos.

Sección D: Esterilizaciones Según Sexo.

Sección E: Egresos De Maternidad Y Neonatología, Según Lactancia Materna Exclusiva.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.24

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE PARTOS Y ABORTOS ATENDIDOS

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Corresponde a los partos y abortos atendidos en los establecimientos pertenecientes al Sistema Nacional de los Servicios de Salud.

Parto Normal: "Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones y bajo riesgo, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo". El feto nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas.

Parto Distócico Vaginal: Parto anormal o parto distócico (literalmente "parto difícil o alumbramiento con dificultad") ocurre cuando hay anomalías anatómicas o funcionales del feto, de la pelvis de la madre, el útero y el cérvix y/o alguna combinación de estos, los cuales interfieren con el curso normal del parto y alumbramiento. El diagnóstico y el manejo del parto distócico es un problema principal de salud. El parto anormal describe un proceso más lento que lo normal (un desorden de prolongamiento) o una cesación del proceso de parto anormal o patológico, parto anormal por causa fetal o materna a través del canal vaginal y/o mediante el uso de maniobras, instrumentos ej. Fórceps. O Intervenciones Quirúrgicas.

Parto por Cesárea: Es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se produce y extrae al feto, cuando el parto por vía uterina no es posible por alguna complicación es a través de una incisión abdominal y uterina. Puede efectuarse a través de una cirugía programada (electiva) o de urgencia.

Aborto: Se entiende la pérdida del embrión o del feto antes de que éste haya llegado a un desarrollo suficiente que le permite vivir de un modo independiente. Se considera como aborto la interrupción del embarazo desde el momento de la concepción hasta finales del 6° mes.

Parto Normal Vertical: Parto en que la gestante se coloca en posición vertical (de pié, sentada, apoyando una o dos rodillas, o en cuclillas).

Parto fuera del establecimiento: Parto efectuado fuera de una institución de salud, sin atención profesional.

Parto de embarazo no controlado: Corresponde a la Gestante sin ingreso a control prenatal.

Anestesia Epidural: Procedimiento médico que corresponde a la administración de anestésico a través de un catéter permanente, provocando bloqueo epidural caudal.

Anestesia Raquídea: Procedimiento médico que corresponde a la administración de anestésico en el espacio sub-aracnoideo a la altura de las vértebras L/3-L/4, provocando un bloqueo espinal, anestesiando prácticamente todas las estructuras situadas bajo la cintura, el perineo, el suelo de la pelvis y el canal del parto.

Anestesia General: Procedimiento médico que corresponde a la administración de anestésicos vía general.

Anestesia Local: Procedimiento que corresponde a la administración de anestesia infiltrativa, para suturas de episiotomías o desgarros.

Analgesia Inhalatoria: Corresponde a la administración de analgésicos mediante la inhalación de vapores concentrados a través del uso de una mascarilla (ej. Óxido Nitroso). Elimina el dolor del parto conservando la conciencia de la madre.

Medidas Analgésicas no Farmacológicas: Corresponde a la aplicación de otras medidas de analgesia del parto como calor, masajes, relajación y otros.

Apego Precoz contacto mayor a 30 minutos (RN con peso menor o igual a 2.499 grs.): Es el contacto físico que debe establecerse entre el recién nacido y su madre en la primera media hora después al parto o lo antes posible en caso de cesáreas. En este caso el recién nacido posee un peso menor o igual a 2.499 grs.

Los Establecimientos de Salud deben propiciar este momento de intimidad entre la madre y su bebé, siempre que las condiciones de salud de ambos lo permitan, ya que esto favorece el vínculo afectivo y facilita el inicio de la Lactancia Materna.

Apego Precoz contacto mayor a 30 minutos (RN con peso mayor de 2.500 grs. o más): Es el contacto físico que debe establecerse entre el recién nacido y su madre en la primera media hora después al parto o lo antes posible en caso de cesáreas. En este caso el recién nacido posee un de 2.500 grs. o más.

Los Establecimientos de Salud deben propiciar este momento de intimidad entre la madre y su bebé, siempre que las condiciones de salud de ambos lo permitan, ya que esto favorece el vínculo afectivo y facilita el inicio de la Lactancia Materna.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Tiene como finalidad registrar el total de partos y abortos atendidos en el Establecimiento, actividad desagregada según condición de beneficiaria o no. Se utilizará como fuente de información el Libro de Partos y Abortos ubicados en el Servicio de Obstetricia de cada establecimiento.

En caso de que la mujer sea sometida a más de un acto anestésico o analgésico, deberán registrarse todas las actividades indicadas por el profesional tratante y realizadas a la mujer.

En el caso del Apego Precoz no se debe considerar en el parto la Presencia del Padre como Apego precoz, ya que solo está enfocado en la Madre, independiente si el parto es normal o cesárea.

SECCIÓN B: ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Corresponde al acompañamiento que realiza el padre, algún familiar u otra persona a la madre durante el proceso reproductivo (el acompañamiento se puede dar en el proceso de parto o en el proceso de pre parto y parto).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Se registra de acuerdo a las definiciones descritas en sección A, el número de partos en que las mujeres son acompañadas en el proceso reproductivo, puede ser solo en el Parto o puede ser Pre-Parto y Parto, desglosados en "Total" y "Beneficiarias".

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE RECIEN NACIDOS

SECCIÓN C.1: NACIDOS VIVOS SEGÚN PESO AL NACER

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.1

Es la primera medición del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. Dicho peso debe ser tomado preferentemente dentro de la primera hora de vida, antes de que ocurra la pérdida post-natal importante de peso

La clasificación de los nacidos vivos según el peso al nacer es:

- Menos de 1.000 grs.
- De 1.000 a 1.499 grs.
- De 1.500 a 1.999 grs.
- De 2.000 a 2.499 grs.
- De 2.500 a 2.999 grs.
- De 3.000 a 3.999 grs.
- De 4.000 y más grs.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.1:

Se debe registrar el número total del peso, desglosados en tramos de gramos, de los nacidos vivos en el momento del nacimiento.

SECCIÓN C.2: RECIÉN NACIDOS CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.2:

Las malformaciones congénitas o defectos de nacimiento son deficiencias estructurales presentes al nacer y producidas por una alteración en el desarrollo fetal. Ellas pueden ser evidentes o microscópicas, apreciables en la superficie del cuerpo o por el contrario, ocultas, hereditarias o no, únicas o múltiples. La aparición de estos defectos en el recién nacido muchas veces está asociado a trastornos genéticos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.2:

Se debe registrar el Nº total de Nacidos Vivos o de Nacidos Fallecidos, que hayan venido con alguna malformación congénita.

SECCION C.3: APGAR MENOR O IGUAL A 3 AL MINUTO Y APGAR MENOR O IGUAL A 6 A LOS 5 MINUTOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.3:

El Test de Apgar: es la evaluación clínica que se le realiza al recién nacido en el momento de nacer: al minuto y a los 5 minutos de vida. En él se evalúan 5 parámetros a los cuales se les asigna una puntuación entre 0 y 2.

En la columna "menor o igual a 3 (≤ 3) al minuto", corresponde al registro del número total de recién nacidos cuya puntuación de Apgar es menor o igual a 3 al minuto.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.3:

Se debe registrar en la primera columna Apgar "menor o igual a 3 (≤ 3) al minuto", y en la segunda columna de debe registrar Apgar "menor o igual a 6 (≤ 6) a los 5 minutos"

SECCIÓN D: ESTERILIZACIONES SEGÚN SEXO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Esterilización Femenina: La ligadura de las trompas, sección o colocación de anillos o clips en las trompas, se realiza mediante una cirugía que trata de separar y /o cerrar las trompas de Falopio de una mujer para producir su esterilidad permanente. Al cerrar el paso de los óvulos desde el ovario hasta el útero son las intervenciones quirúrgicas consistentes en la ligadura, con el objeto de impedir el paso de los espermios y evitar la unión con el óvulo y por lo tanto la fecundación.

Esterilización masculina: Corresponde a una cirugía donde se cortan los conductos deferentes, es un procedimiento de cirugía menor pone fin a la fertilidad masculina permanentemente conocida como "vasectomía". Después de la cirugía, los espermatozoides no pueden moverse fuera de los testículos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Se registra el número de esterilizaciones tanto en mujeres como en hombres realizadas en el periodo, desagregadas por grupo de edad e independiente de la causa de ésta. En las esterilizaciones femeninas se incluye también las realizadas durante una cesárea.

SECCIÓN E: EGRESOS DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA, SEGÚN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Total de egresos: corresponde a los egresos de maternidad de puérperas con recién nacido vivo o los egresos de recién nacido del servicio clínico de neonatología.

Egresos con Lactancia Materna Exclusiva: corresponde a la condición de alimentación con la que egresó el recién nacido del servicio clínico correspondiente.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Se registra el número total de egresos en Maternidad (Puérperas con RN vivo) y el número total de egresos de Neonatología, También, serán registrados el número de egresos de maternidad (puérpera con RN vivo) y de neonatología que mantienen lactancia materna exclusiva al momento de egresar del establecimiento.

**RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.25
SERVICIOS DE SANGRE**

ESTRUCTURA REM-A.25

- Sección A1: Población Donante (CS-UMT-BS).**
- Sección A2: Tipo De Donantes Rechazados (CS-UMT-BS).**
- Sección A3: Reacciones Adversas A La Donación (CS-UMT-BS).**
- Sección B: Ingreso De Unidades De Sangre A Producción (CS-BS).**
- Sección C: Producción De Componentes Sanguíneos (Cs-Bs).**
- Sección C1: Componentes Sanguíneos Eliminados (Cs-Bs).**
- Sección C2: Componentes Sanguíneos Eliminados O Devueltos Al Centro De Sangre (UMT).**
- Sección C3: Componentes Sanguíneos Transformaciones (CS-UMT-BS).**
- Sección C4: Componentes Sanguíneos Distribuibles (CS-BS).**
- Sección C5: Satisfacción Stock Óptimo (7 Días) CS.**
- Sección C6: Satisfacción Stock Crítico (3 Días) UMT.**
- Sección D: Componentes Sanguíneos Distribuidos (Cs) O Transferidos (BS-UMT).**
- Sección D1: Transfusiones (UMT-BS).**
- Sección E: Demanda Glóbulos Rojos Para Transfusión (UMT-BS).**
- Sección F: Número De Reacciones Adversas Por Acto* Transfusional (UMT-BS).**

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.25

GENERALIDADES NOMINALES REM-A.25.

Banco de Sangre (BS): estructura histórica del sistema de sangre, localizado dentro de un establecimiento de salud que efectúa promoción de la donación, colecta de sangre, producción de componentes sanguíneos, almacenamiento y calificación microbiológica e inmunohematológica, con el objeto de autoabastecerse. Se ocupa además de los estudios pre transfusionales y de la terapia transfusional de su establecimiento. En el sistema público corresponde a una estructura de transición a la instalación del Programa Nacional de Servicios de Sangre.

Centro de Sangre (CS): establecimiento especializado del Programa Nacional de Servicios de Sangre, que realiza las funciones relacionadas con la promoción, donación, procesamiento y producción de componentes sanguíneos, la calificación microbiológica e inmunohematológica de la sangre donada y el etiquetaje de sus componentes. Es responsable del almacenamiento, transporte, distribución, calidad y trazabilidad de los componentes sanguíneos entregados a las Unidades de Medicina Transfusional (UMT) de los diferentes establecimientos de salud que integran su red territorial. Además puede cumplir otras funciones establecidas por el MINSAL como Laboratorio de Referencia en Inmunohematología, Banco de Tejidos, entre otras.

Unidad de Medicina Transfusional (UMT): unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico de un establecimiento de salud público o privado, cuya función primordial es efectuar terapia transfusional con indicación sujeta a guías nacionales, de manera oportuna, segura, de calidad, informada y costo eficiente. Realiza procesos y procedimientos que permitan trazabilidad de productos y hemovigilancia.

Donante altruista: persona que asiste de manera libre y voluntaria con la intención de donar sangre, sin recibir retribución a cambio.

Donante de sangre altruista nuevo u ocasional: persona que dona por primera vez o después de dos años desde su última donación, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago o incentivo a cambio.

Donante de sangre altruista repetido: persona que dona en forma regular al menos una vez cada 2 años, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago a cambio.

Donante familiar o de reposición: persona que dona bajo la presión institucional de cubrir las necesidades de un familiar o un amigo enfermo.

Donante aceptado: persona que de acuerdo a las normas establecidas y los criterios del proceso de entrevista, cumple con los requisitos y por lo tanto es aceptado como donante de sangre.

Donante rechazado transitorio: persona que tras la entrevista de selección no es aceptada como donante, por no cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre por alguna causa transitoria o temporal.

Donante rechazado permanente: persona que tras la entrevista de selección no es aceptada como donante, por no cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre, por causa permanente.

Colecta fija de sangre: colección de sangre en locales ubicados dentro de un Centro de Sangre, Banco de Sangre, Casa de Donantes o Unidad de Medicina Transfusional. La casa del donante corresponde a un espacio físico extrahospitalario especialmente acondicionado para atender los donantes de sangre altruistas asegurando una atención bajo condiciones de calidad y seguridad, que permita su fidelización. Puede incluir las actividades de promoción de la donación y organización de las colectas móviles de sangre.

Colecta móvil de sangre: actividad en que un equipo de salud especializado, se desplaza a una localidad predefinida, portando el equipamiento y material necesario, con el objeto de coleccionar sangre de donantes voluntarios. La colecta puede realizarse en un lugar físico disponible dentro de una comunidad o en un vehículo especialmente acondicionado para estos fines.

Reacciones Adversas a la Donación (RAD): corresponde a cualquier reacción inesperada asociada a la donación de sangre, puede implicar síntomas locales (en el sitio de venopunción) o síntomas generales.

RAD inmediata: corresponde a aquella reacción adversa que sucede durante la extracción de sangre, puede manifestarse con o sin lesión visible.

RAD tardía: corresponde a aquella reacción adversa que sucede después de 1 hora de finalizada la extracción de sangre, puede manifestarse con o sin lesión visible.

Unidades de sangre apta: aquellas unidades de sangre total que cumplen con los controles de volumen adecuado, sellos indemnes, sin filtraciones, correcta identificación y aspecto, por lo que pueden ser procesadas para obtener componentes sanguíneos.

Unidades de sangre no apta: aquellas unidades de sangre total que no cumplen con los controles de calidad para ser procesadas con el fin de obtener componentes sanguíneos.

Componente sanguíneo o hemocomponente: constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado) que se puede preparar mediante centrifugación, filtración, congelación y/o descongelación de acuerdo a un procedimiento validado.

Leucodepleción: corresponde al procedimiento que deja menos de 5×10^6 leucocitos por unidad, en el 99% de los componentes, con un nivel de seguridad de 95%. Más del 90% de los componentes deben contener menos de 1×10^6 leucocitos. Para que sea efectivo, debe realizarse dentro de las 48 horas posteriores a la donación. Ejemplo: Filtración, entre otros.

Leucorreducción: corresponde al procedimiento que deja menos de 1.2×10^9 leucocitos por unidad, en el 75% de las unidades estudiadas, con un nivel de seguridad de 95%. Para que sea efectivo, debe realizarse dentro de las 48 horas posteriores a la donación. Ejemplo: método de desplasmatización, separación del buffy coat.

Glóbulos rojos desplasmatizados: unidad de glóbulos rojos (GR) obtenido por centrifugación, en que se remueve parte del plasma de la sangre total, sin efectuar un proceso posterior.

Glóbulos rojos leucorreducidos: unidad de glóbulos rojos desplasmatisados a los que se ha removido parte de los leucocitos por medio de un procedimiento de separación post centrifugación, que los deja con un recuento de leucocitos menor o igual a de 1.2×10^9 .

Glóbulos rojos filtrados: unidad de glóbulos rojos desplasmatisados a los que se ha removido parte de los leucocitos por medio de filtración especializada, quedando con un recuento de leucocitos menor o igual a 5×10^6

Concentrado de plaquetas estándar: componente sanguíneo obtenido por centrifugación a $+22 \pm 2^\circ\text{C}$ de una unidad de sangre total fresca no refrigerada, que contiene una cifra igual o superior a $5,5 \times 10^{10}$ plaquetas, suspendida en un volumen reducido de plasma (40 – 60 ml). Puede obtenerse a partir de plasma rico en plaquetas o de buffy coat usando métodos validados.

Concentrados plaquetarios de Pool: concentrado obtenido de una mezcla de 4 o más unidades de concentrados plaquetarios, utilizando un mecanismo de conexión que permita producir uniones estériles entre las tubuladuras.

Plaquetas leucorreducida pool: pool de plaquetas leucorreducidas.

Plaquetas leucodepletada pool: pool de plaquetas leucodepletadas.

Concentrado de plaquetas por aféresis: componente obtenido por medio de una plaquetoféresis a un donante único, usando un equipo automático separador de células, contiene una cifra igual o superior a $24-30 \times 10^{10}$ plaquetas, en un volumen de 100 a 500 ml de plasma u otra solución conservante.

Plasma Fresco Congelado (PFC): componente preparado a partir de sangre total o plasma obtenido por aféresis, en un período y temperatura que permitan mantener los niveles máximos de factores de coagulación lábiles y estables.

Plasma uso no terapéutico: componente plasmático obtenido a partir de la sangre total que no posee los factores lábiles de la coagulación (incluye los plasmas conservados, sin factor VIII y el Plasma Fresco Congelado que no se utiliza en el plazo de un año).

Crioprecipitado: componente que contiene la fracción crioglobulina del plasma obtenido a partir de plasma fresco congelado libre de células, sometido a procesos de congelación y descongelación, y concentrado a un volumen final de 20 a 30 ml.

Componentes sanguíneos eliminados: hemocomponentes eliminados en cualquier etapa del proceso productivo o en el almacenamiento.

CS, BS y UMT en los paréntesis: indica que tipo de Servicio de Sangre debe registrar los datos.

DEFINICIONES OPERACIONALES DE VARIABLES DE REM-A.25

SECCIÓN A1: POBLACIÓN DONANTE (CS - UMT - BS)

Corresponde al número de donantes altruistas (nuevos y repetidos) y reposición aceptados en la entrevista médica, separados por sexo y rango de edad 18-34, 35-44 y 45-64.

SECCIÓN A2: TIPO DE DONANTES RECHAZADOS

Corresponde al número de donantes altruistas (nuevos y repetidos) y reposición rechazados en forma transitoria y permanente en la entrevista médica, separados por rango de edad 18-34, 35-44 y 45-64, y separados por sexo.

SECCIÓN A3: REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN (CS - UMT - BS)

Corresponde al registro de acontecimientos adversos a la donación de sangre, clasificados según sus síntomas (locales o generales) y su clasificación en inmediata o tardía, con o sin lesión visible.

Incluye el registro del total de acontecimientos adversos, separados por tipo de donante: altruista o reposición, tales como:

- Hematoma
- Punción arterial
- Sangramiento posterior
- Irritación de un nervio
- Lesión nerviosa
- Lesión de tendón
- Brazo doloroso
- Tromboflebitis
- Alergia local

SECCIÓN B: INGRESO DE UNIDADES DE SANGRE A PRODUCCION (CS - BS)

Corresponde al registro del número de unidades de sangre que han sido clasificadas como Aptas y No Aptas según la categoría de donación (altruista o reposición).

SECCIÓN C: PRODUCCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS (CS - BS)

Corresponde al registro del número de unidades producidas de los distintos componentes de la sangre.

SECCIÓN C1: COMPONENTES SANGUÍNEOS ELIMINADOS (CS, BS y UMT)

Corresponde registrar las unidades eliminadas de cada componente sanguíneo según la causa de eliminación:

- Calificación microbiológica reactiva: hemocomponente que resulta reactivo ante las técnicas de tamizaje realizadas.
- Obsolescencia: hemocomponente que es eliminado al cumplir su periodo de vida útil y no fue utilizado en terapia transfusional.
- Otros: causas diversas de eliminación de hemocomponentes (control de calidad no conforme, aspecto, volumen, recuentos, hemólisis u otros)

SECCIÓN C2: COMPONENTES SANGUÍNEOS ELIMINADOS O DEVUELTOS AL CENTRO DE SANGRE (UMT)

Corresponde al registro de la eliminación o devolución de hemocomponentes que no cumplen con los estándares de aceptación para ser incluidos en el stock de la UMT.

- Obsolescencia: hemocomponentes eliminados o devueltos al CS por tener vida útil muy limitada y no puede ser utilizado en terapia transfusional.
- Falla por cadena de frío: hemocomponentes devueltos o eliminados por fallas en la cadena de frío durante el transporte o el almacenamiento.
- Devoluciones por producto por no cumplir estándar: hemocomponente devuelto al CS por no cumplir con el estándar establecido.
- Descongelamiento sin uso: hemocomponente eliminado por haber sido descongelado y no fue utilizado en terapia transfusional.
- Otros: hemocomponentes que fueron eliminados o devueltos por diversos motivos.

SECCIÓN C3: COMPONENTES SANGUÍNEOS TRANSFORMACIONES (CS-BS-UMT)

Corresponde el registro de aquellos hemocomponentes que fueron transformados o modificados desde su presentación original para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

- UNIDADES PEDIÁTRICAS: unidades de hemocomponentes alicuotados para uso pediátrico.
- IRRADIACIÓN: unidades de hemocomponentes sometidos a irradiación para su uso terapéutico en determinadas patologías o pacientes.
- RECONSTITUCIÓN PARA USO PEDIÁTRICO (RECAMBIO): unidades de hemocomponentes utilizadas en reconstitución de sangre total para recambio sanguíneo pediátrico.
- REDUCCIÓN VOLUMEN: unidades de hemocomponentes a las cuales se les redujo el volumen para su utilización en terapia transfusional.
- DESPLASMATIZACIÓN: unidades de hemocomponentes a las cuales se les remueve el plasma, lava y se suspende en otra solución aditiva para su utilización en terapia transfusional.

SECCIÓN C4: COMPONENTES SANGUÍNEOS DISTRIBUIBLES (CS)

Corresponde registrar el total de hemocomponentes aptos para su distribución a la fecha de corte de este registro mensual.

SECCIÓN C5: SATISFACCIÓN STOCK (7 DÍAS) (CS) -UMT-BS)

Corresponde registrar el número de días del mes en que el stock de GR de los grupos sanguíneos O+, A+, B+, O(-) y A(-) se encuentra bajo la cantidad designada como óptima para una determinada UMT, CS o BS.

SECCIÓN C6: SATISFACCIÓN STOCK CRÍTICO (3 DIAS) UMT –CS-BS)

Corresponde registrar el número de días del mes en que el stock de GR de los grupos sanguíneos O+, A+, B+, O(-) y A(-) se encuentra bajo la cantidad designada como mínima para una determinada UMT, CS o BS.

SECCIÓN D: COMPONENTES SANGUÍNEOS DISTRIBUIDOS (CS) O TRANSFERIDOS (BS y UMT)

Corresponde registrar el número de unidades distribuidas según lugar de destino y por tipo de componente sanguíneo.

Componentes sanguíneos distribuidos o transferidos: son aquellos componentes sanguíneos a los que se les asigna un lugar de destino: una UMT, un Banco de Sangre, otro Centro de Sangre o una industria fraccionadora, ya sean dependientes del MINSAL, privados o FFAA.

SECCIÓN D1: TRANSFUSIONES (UMT - BS)

Corresponde registrar el número de unidades de componentes sanguíneos transfundidos, según tipo de componente sanguíneo, desglosando el registro de acuerdo a la edad del paciente: menores de 15 años y 15 años y más.

Glóbulos Rojos: número de unidades de glóbulos rojos transfundidas a un paciente para proveer al organismo de una suficiente capacidad transportadora de oxígeno de manera de restituir una función perturbada y no para normalizar la cifra de glóbulos rojos, la concentración de hemoglobina o el valor del hematocrito.

Concentrado plaquetario estándar, pool y aféresis: número de unidades de plaquetas transfundidas a un paciente con el objetivo de corregir o prevenir la hemorragia asociada a alteraciones cuantitativas o funcionales de sus plaquetas.

Crioprecipitados: número de unidades de crioprecipitados transfundidos a un paciente para la prevención o tratamiento de hemorragias secundarias a la deficiencia de factores de coagulación.

Plasma Fresco Congelado: número de unidades de plasma fresco congelado transfundidos a un paciente para corregir las hemorragias secundarias a deficiencias únicas o múltiples de factores de coagulación, cuando no se dispone de la terapia específica.

SECCIÓN E: DEMANDA GLÓBULOS ROJOS PARA TRANSFUSIÓN (UMT - BS)

Corresponde registrar el número de unidades solicitadas y cuántas de ellas fueron despachadas.

Demanda: cantidad total de unidades según componente, indicadas por medio de una solicitud médica escrita de transfusión.

Unidades solicitadas: total de unidades de glóbulos rojos indicadas por médico a un paciente, registradas en un formulario de Solicitud de Transfusión, que cumple criterios de indicación establecidos. No considerar las solicitudes canceladas.

Unidades despachadas: total de unidades de glóbulos rojos compatibilizadas y preparadas nominativamente para un paciente.

SECCIÓN F: NÚMERO DE REACCIONES ADVERSAS POR ACTO TRANSFUSIONAL (UMT-BS)

Corresponde registrar el número de reacciones transfusionales por acto transfusional por tipo de componente sanguíneo, y tipo de reacción.

Reacciones adversas a la transfusión: corresponde a los efectos adversos o a la respuesta anormal que un paciente presenta o desarrolla por la administración de componentes sanguíneos.

- Acto transfusional: procedimiento tendiente a dar cumplimiento a una solicitud de transfusión, que comienza a partir de la instalación de una o más unidades, realizada secuencialmente en un mismo evento.
- Rash Alérgico: Es una de las reacciones frecuentes a la administración de sangre y plasma. Se presenta como un eritema activo y prurito que responden al manejo con antihistamínicos y suspensión momentánea de la transfusión.
- Anafilaxia: Reacción anafiláctica que puede manifestarse en grado leve con edema de partes blandas o una reacción severa con compromiso respiratorio (edema laríngeo) pudiendo llegar al shock anafiláctico. Esto es infrecuente y se presenta por el desarrollo de anticuerpos contra la IgA de clase IgG. en personas deficientes en IgA.
- Reacción Febril no Hemolítica: Ésta es la más frecuente de las RAT. Su incidencia aumenta en pacientes poli transfundidos. Producida por anticuerpos antileucocitarios, y anti-HLA o presencia de citoquinas. Los síntomas de calofríos y fiebre pueden producirse durante o después de varias horas de finalizar la transfusión. Los calofríos en general preceden a alza térmica de al menos 1° C.
- Reacción Hemolítica Aguda por Incompatibilidad ABO: Reacción que se debe al error en la identificación del receptor correcto, se correlaciona con la velocidad e intensidad de la hemólisis intravascular. La sintomatología se inicia generalmente a los pocos minutos de iniciada la transfusión con calor y dolor local en zonal de infusión, disnea, lumbalgia, sensación febril y calofríos, náuseas y en ocasiones vómitos.

- Reacción Hemolítica Aguda por otra causa: Reacción caracterizada por ictericia e hemoglobinuria, pero como el mecanismo no es inmunológico en general es bien tolerada y con medidas generales se recupera sin dejar secuelas. La hemólisis térmica generada al calentar inadecuadamente unidades de glóbulos rojos genera destrucción ex vivo de ellos y entonces se administra una unidad ya hemolizada. Es fundamental conocer el antecedente de cómo se maneja la unidad previo a la instalación.
- Sobrecarga Circulatoria: Reacción que se manifiesta por aumento PVC, disnea y tos. Puede darse en pacientes con Insuficiencia Renal o Cardíaca y dificultad en manejar un gran volumen en corto período de tiempo. Por ello la recomendación de transfusión lenta en estos pacientes. Idealmente 1 Unidad al día en 3 a 4 horas.
- Reacción Hemolítica Tardía: Se define como aquella en la cual la hemólisis se produce entre 3 y 13 días post-transfusión. Se explica por el desarrollo de una respuesta inmune secundaria a antígenos eritrocitarios.
- Septicemia: Reacción que se manifiesta con fiebre, escalofrío, dolor abdominal, vómito y diarrea. Sepsis bacteriana por gérmenes gramnegativos: coliformes y Pseudomonas, que pueden crecer a 4 C e inadvertidamente contaminar el componente sanguíneo.
- TRALI (Transfusion-Related Acute Lung Injury): cuadro clínico que consiste en insuficiencia respiratoria aguda durante las seis horas siguientes a una transfusión; se acompaña de infiltrados pulmonares, secreción bronquial e hipoxia y se atribuye a anticuerpos anti leucocitos y a lípidos en el plasma almacenado; su incidencia es de 1 entre 7900 transfusiones de plasma, con una mortalidad de 6 a 10 %.
- OTRAS: cuadro clínico presentado que no coincide con las reacciones post-tranfusionales anteriormente citadas. Dentro de esto tenemos:
 - Inmediatas: aloinmunización con destrucción plaquetaria inmediata, reacción hipotensiva.
 - Tardías: aloinmunización por antígenos eritrocitarios, leucocitarios, plaquetarios o proteínas plasmáticas, púrpura y enfermedad injerto contra huésped, inmunomodulación, transmisión de agentes infecciosos (VIH, HB, HC, HTLV, Chagas, Paludismo, Malaria, entre otras) y hemosiderosis.

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.26 ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y OTROS ESPACIOS

ESTRUCTURA REM-A.26

- Sección A: Visitas Domiciliarias Integrales A Familias**
- Sección B: Otras Visitas Integrales**
- Sección C: Tratamientos Y/O Procedimientos En Domicilio**
- Sección D: Rescate De Pacientes Inasistentes**

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.26

SECCION A: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Visita Domiciliaria Integral: es una modalidad de prestación de salud en domicilio, caracterizada como la actividad de "relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia, esta visita es solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en qué grado de necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante, como base de un trabajo de apoyo y acompañamiento al grupo familiar".

Esta actividad debe ser acordada con la familia. En "Visitas Domiciliarias Integrales" se registra la actividad realizada por un profesional dos o más profesionales, un profesional y técnico paramédico. Para efectos de registro en REM-17A, se asigna la prestación al que hace de cabecera del equipo.

En la columna "Programa de Atención domiciliaria a Personas con Dependencia Severa" se debe registrar aquellas visitas, en que el paciente sea beneficiario del programa porque presentan una Dependencia severa y/o deterioro crónico de su estado de salud, y son beneficiarios del Sistema Público de Salud. Incluye pacientes con enfermedad terminal, pacientes hospitalizados que padece discapacidad severa y que han sido dados de alta precozmente, personas con pérdida de funcionalidad por enfermedades agudas o de rápida evolución, etc. (Ver Orientaciones Técnicas del Programa).

Generalidades: Las visitas integrales realizadas a familias se registraran según el caso índice que genera dicha visita domiciliaria. Si se detectan otros casos en la misma visita, prevalece para el registro la visita a la familia, coordinada por el equipo de salud.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registra el número de familias a las que se les ha realizado Visitas Domiciliarias Integrales (VDI), por diversos conceptos, tanto factores de riesgo, como padecimientos. Corresponde registrar la visita por profesional o grupo de profesionales que realizan la actividad, entendiéndose que es una visita por Familia, independiente de cuantos profesionales asistieron al domicilio.

No se considera Visitas Domiciliarias las verificaciones de domicilio, así como tampoco se debe considerar como visita cuando un profesional realiza alguna curación u otro procedimiento. La columna de "Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa" se debe registrar solo aquellas visitas en las que el paciente es beneficiario del programa, reciba o no estipendio. Estas visitas deben estar incorporadas en las columnas: de Un Profesional, Dos o más Profesionales o Un Profesional y un Técnico. Paramédico ya que de todas las personas que fueron atendidas, se necesita saber cuántas pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa.

Nota: Si no se realizan visitas domiciliarias a personas pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, el registro debe ser llenado con un cero, ya que si queda sin datos la validación se mantiene.

SECCION B: OTRAS VISITAS INTEGRALES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Corresponde a un conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza 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.

Visita Integral de Salud Mental: Actividad que se realiza en terreno por integrantes del equipo de salud general o 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, esta actividad se realiza en domicilio, Lugar de Trabajo y Establecimientos Educativos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: corresponde registrar el número de visitas Integrales contenidas en otros conceptos y lugares de visita, como lo son lugares de trabajo, jardines infantiles, etc.

Nota: Las visitas integrales de salud mental corresponden a 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.

SECCION C: TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS EN DOMICILIO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Corresponde a un conjunto de acciones con fines de tratamiento, que se realiza en el domicilio, para atender los problemas de salud de las personas que se encuentran en situación de dependencia leve, dependencia moderada, dependencia severa u otros, con dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, entendiendo que el nivel de complejidad de los problemas a resolver no requiere la hospitalización ni la institucionalización del sujeto y que cuenta con una red de apoyo.

Es esta sección solo se deben registrar las atenciones en domicilio destinadas a realizar tratamientos terapéuticos, aun cuando en ellas se efectúen acciones preventivas y de consejería. Se registrarán cada vez que se realicen.

En la fila Otros: se registrarán los tratamientos y/o Procedimientos en Domicilio, a personas que no tienen la condición de Postrados, ejemplo: Alta Hospitalaria Precoz, Oxigenoterapia, pacientes terminales (no postrados) u otros.

En la columna "Programa de Atención domiciliaria a personas con dependencia Severa" se debe registrar aquellas visitas con fines de tratamiento, en que el paciente sea beneficiario del programa porque presentan una discapacidad severa y/o deterioro crónico de su estado de salud, y son beneficiarios del Sistema Público de Salud.

Visita de Seguimiento: Esta actividad se refiere a las visitas de seguimiento para constatar el plan de cuidados (entregados por el cuidador) que reciben los pacientes que están bajo la modalidad de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, las cuales deberán ser realizadas por algún integrante del equipo de salud tratante del paciente.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: se registra el número de procedimientos realizados según profesional o técnico paramédico.

La columna de "Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa" se debe registrar solo aquellas visitas con fines de tratamiento en las que el paciente es beneficiario del programa, reciba o no estipendio. Estas visitas deben estar incorporadas en las columnas: Profesional o Técnico Paramédico.

Para la celda Otros corresponde registrar aquellos paciente NO postrados, como los alta hospitalaria precoz, o procedimientos a pacientes con hospitalización domiciliaria, entre otros.

Las visitas que se realicen por concepto del "Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa" con fines de seguimiento o "sobre vida" DEBEN SER registradas en el ítem "Otros".

Se registra el número de Visitas de seguimiento en domicilio a personas con Dependencia Severa (Programa de Atención Domiciliaria a Personas con dependencia severa)

SECCION D: RESCATE DE PACIENTES INASISTENTES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

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. La información se desglosa según funcionario que realiza la actividad (técnico paramédico, administrativo u otro). En compra de Servicio: Estas actividades son resueltas vía compra de servicio y estas no deben ser incluidas como producción del establecimiento.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D: Se debe registrar el número de rescates de pacientes en domicilio por algún funcionario (Técnico Paramédico, Administrativo, Otro) o mediante rescate telefónico desde el establecimiento.

En compra de Servicio estas actividades son resueltas vía compra de servicio y NO deben ser incluidas como producción del establecimiento.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.27 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ESTRUCTURA REM-A.27

- Sección A: Personas Que Ingresan A Educación Grupal, Según Áreas Temáticas Y Edad.**
- Sección B: Actividades De Educación Para La Salud, Según Personal Que Las Realiza (Sesiones).**
- Sección C: Actividad Física Grupal Para Programa Salud Cardiovascular (Sesiones).**

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.27

SECCIONES DEL NIVEL PRIMARIO

Educación de Grupos: Proceso programado de interacción con fines educativos que ocurre entre personas integrantes de un grupo específico y un miembro del equipo de salud. El funcionario orienta, conduce y facilita el aprendizaje. La participación e intercambio de experiencias permite la adopción de conductas favorables para la salud del individuo, familia y comunidad.

SECCIÓN A: PERSONAS QUE INGRESAN A EDUCACIÓN GRUPAL, SEGÚN ÁREAS TEMÁTICAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Personas que ingresan a Educación Grupal es un proceso programado de interacción con fines educativos desagregado en las distintas áreas temáticas de prevención enfocados a Madres, Padres o Cuidadores de menores de 9 años, adolescentes, adultos y adultos mayores, y grupos de riesgo como lo son las gestantes, gestantes de Alto riesgo Obstétrico, y Familias con vulnerabilidad.

Enfocados en el Programa Chile Crece Contigo, IRA y ERA, Dental, Alcohol y Drogas, entre otros

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

“Personas que ingresan a Educación Grupal”, el dato a consignar es el número de personas que ingresan a Educación Grupal, según áreas temáticas de prevención y por grupos etarios.

Es importantes destacar que en la columna de Gestantes (APS y Maternidad), Gestantes Alto Riesgo Obstétrico y Familias en Riesgo, NO ESTÁN consideradas en la Sumatoria del Total, porque estos datos ya se encuentran consignados según el área temática y edad.

Nota: En el caso de Madre, Padre o Cuidador, debe hacerse el registro según la edad del menor, y no desagregar por la edad de ellos.

SECCIÓN B: ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, SEGÚN PERSONAL QUE LAS REALIZA (SESIONES).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

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.

Se debe registrar el número Sesiones preventivas según sea un profesional o equipo de salud que las realiza, desagregadas por áreas temáticas.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Se registra el número Sesiones Educativas según sea un profesional o equipo de salud que las realiza, desagregadas por áreas temáticas.

Nota: Cuando la actividad es realizada por dos o más profesionales o acompañados por Técnico Paramédico en forma simultánea, se registra la actividad, en la columna que corresponda y si se requiere disponer registros del tiempo utilizado por estas personas se debe mantener para uso interno del establecimiento, las horas ocupadas individualmente.

SECCIÓN C: ACTIVIDAD FÍSICA GRUPAL PARA PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (SESIONES).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

La actividad Física grupal para el Programa de Salud Cardiovascular, comprende las sesiones realizadas por los distintos profesionales preparados para tales actividades, y han sido desagregadas por grupos etarios de los participantes del programa.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

“Actividad Física Grupal para Programa de Salud Cardiovascular” se registra el número de Sesiones de Actividad Física según profesional que las realiza, por tramos de edad de los participantes. En el caso que se realice esta actividad grupal con distintos tramos de edades, se debe considerar el tramo etario que predomine al grupo para el registro de la sesión.

Nota: Cuando la actividad es conducida por dos o más profesionales en forma simultánea se registra una sola actividad, consignándola al profesional principal, para el resto de los participantes de la actividad se puede registrar, para uso interno del establecimiento, las horas ocupadas.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.28 REHABILITACIÓN

ESTRUCTURA REM-A.28

A. Nivel Primario

Sección A.1: Ingresos Al Programa

Sección A.2: Egresos De Sala Rehabilitación

Sección A.3: Ingresos Por Origen De La Discapacidad

Sección A.4: Consultas De Rehabilitación (Evaluación Inicial)

Sección A.5: Controles De Rehabilitación (Evaluacion Intermedia)

Sección A.6: Sesiones De Rehabilitación

Sección A.7: Procedimientos

Sección A.8: Consejería Individual Agendada

Sección A.9: Consejería Familiar Agendada

Sección A.10: Visitas Domiciliarias Integrales

Sección A.11: Personas Que Ingresan A Educación Grupal

Sección A.12: Sesiones De Educación Grupal

Sección A.13: Personas Que Logran Participación En Comunidad

Sección A.14: Actividades Y Participación

B: Nivel Especialidad

Sección B.1. Ingresos A Rehabilitación

Sección B.2: Egresos De Rehabilitación

Sección B.3: Consultas De Rehabilitación (Evaluación Inicial)

Sección B.4: Controles De Rehabilitación (Evaluacion Intermedia)

Sección B.5: Sesiones De Rehabilitación

Sección B.6: Derivaciones Y Continuidad En Los Cuidados

Sección B.7: Procedimientos Y Otras Actividades

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.28

GENERALIDADES: Todas las actividades de Rehabilitación que realicen los profesionales de Habilitación y Rehabilitación, deben ser registradas en este REM. (Salas de RBC, Salas RI, Equipos Rurales y Hospitales Comunitarios).

SECCION A.1: INGRESOS AL PROGRAMA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Ingreso: Corresponde a incorporación de una persona que será intervenida por el programa, persona en situación de discapacidad, cuidador, independiente del tipo de intervención que se realice.

Ingresos con PTI: Corresponde a incorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación con Plan Tratamiento Integral, con objetivos terapéuticos compartidos por el equipo de rehabilitación por edad.

Ingresos con PTI laboral: Corresponde a incorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación que incluye en su Plan Tratamiento Integral objetivos de Habilitación y Rehabilitación para el trabajo, por edad.

Ingresos con PTI del cuidador: incorporación en el PTI objetivos terapéuticos con el cuidador. En este caso existen dos posibilidades, una intervención conjunta PsD y cuidador, intervención breve al cuidador, ejemplo consejería a la PsD y el cuidador se registra el sujeto índice (la PsD).

En aquellos casos que realizamos una intervención prolongada y dirigida específicamente a los cuidadores, ejemplo, Taller de Cuidados al Cuidador, donde el cuidador es el sujeto de intervención, se registra ingreso e intervención.

Total de Reingresos: Corresponde a la reincorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación que ya ha sido ingresada previamente al Programa por la misma patología.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

Registro SECCIÓN A1: se registra el número personas que ingresan al programa, persona que puede padecer más de un patología, por tanto se debe registrar la patología que origina la consulta.

La suma de las patologías/secuelas pueden ser mayor o igual al total de personas.

Ingresos con PTI: Corresponde a incorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación con Plan Tratamiento Integral, por edad.

Ingresos con PTI laboral: Corresponde a incorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación que incluye en su Plan Tratamiento Integral objetivos de Habilitación y Rehabilitación para el trabajo, por edad.

Total de Reingresos: Corresponde a la reincorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación que ya ha sido ingresada previamente al Programa.

Ingresos con PTI cuidador: Corresponde a la incorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación que incluye en su Plan Tratamiento Integral un Plan de Tratamiento para el cuidador.

SECCION A.2: EGRESOS DE SALA DE REHABILITACION.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

Egresos por Fallecimiento: corresponde a las personas que egresan del programa por 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 insistente a más de dos sesiones de tratamiento.

Ingresos con PTI cuidador: Corresponde a la incorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación que incluye en su Plan Tratamiento Integral un Plan de Tratamiento para el cuidador.

Los Egresos se separan por estrategias RBC (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno), RI (kinesiólogo 33 hrs), RR (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno que se desplazan por las comunas rurales).

Otros: se ingresan prestaciones realizadas por un profesional de rehabilitación con horas parciales, ej. GES Artrosis.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2:

SECCIÓN A2: Se registra el egreso según tipo de estrategia asociada RBC, RI, RR y otros.

SECCION A.3: INGRESO POR ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.3:

Ingreso: Corresponde a incorporación de una persona que será intervenida por el programa, persona en situación de discapacidad, cuidador, independiente del tipo de intervención que se realice.

Origen Físico: Síndrome doloroso de origen traumático, Síndrome doloroso de origen no traumático, Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera, Secuela de ACV (Ataque Cerebro Vascular), Secuelas de TEC (Traumatismo Encéfalo-Craneano), Secuela TRM (Traumatismo Raquimedular), Secuela quemadura, Enfermedad de Parkinson, Neuromuscular en menor de 20 años congénito, Neuromuscular en menor de 20 años adquirido, Neuromuscular en mayor de 20 años, Otros (Enfermedades de Origen Físico no enlistadas)

Origen Sensorial visual: Congénito, adquirido, otros

Origen Sensorial auditivo: Congénito, adquirido, otros.

Aquellas personas que se ingresan para prevención, no específicamente por algún problema de salud, se ingresa en otros del rubro origen físico, en los próximos REM se hará la separación.

Los Ingresos por origen se separan por estrategias RBC (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno), RI (kinesiólogo 33 hrs.), RR (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno que se desplazan por las comunas rurales)

Otros: se ingresan prestaciones realizadas por un profesional de rehabilitación con horas parciales, ej. GES Artrosis.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.3:

Se registra el ingreso según Origen y tipo de estrategia asociada RBC, RI, RR y otros.

Se ingresa el Número total de personas a intervenir (igual al número de ingresos) y los diagnósticos por los cuales se va a ingresar a una persona a tratamiento (pueden ser más de uno)

SECCION A.4: CONSULTAS DE REHABILITACION (EVALUACION INICIAL).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.4:

Atención entregada por, medico, terapeuta ocupacional, kinesiólogo, fonoaudiólogo o psicólogo, destinada a realizar evaluaciones de tipo funcionales; actividades de la vida diaria; laboral/educacional; adaptabilidad o psicológica y cognitivas, además de programar acciones terapéuticas, de acuerdo a la persona en situación de discapacidad, su familia y/o cuidador, a partir de un Plan de tratamiento consensuado con los involucrados en este accionar.

(*Consultas no deben ser incluidas en el REM 04)

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.4:

SECCIÓN A4: "consultas de Rehabilitación", el dato que se debe registrar corresponde a las evaluaciones realizadas por profesional; ya sea esta evaluación inicial o final.

SECCION A.5: CONTROLES DE REHABILITACION.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.5:

Atención entregada por kinesiólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo o psicólogo en la que evalúa el impacto en el tiempo de las acciones terapéuticas programadas y, eventualmente, define, en conjunto con la persona en situación de discapacidad, la familia /o cuidador, ajustes en lo planificado para obtener los objetivos terapéuticos acordados. En cada control además se pueden hacer diferentes y múltiples procedimientos, con el fin de dar curso a las actividades definidas en el plan de tratamiento.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.5:

SECCIÓN A5: Se debe registrar el número de controles o sesiones realizados por profesional.

Se debe registrar la actividad al finalizar el plan de tratamiento en la última sesión, por lo cual lo que se informa es el control y no se registra la sesión.

El registro no es uno a uno, es decir NO SE ANOTA UN CONTROL UNA SESIÓN.

SECCION A.6: SESIONES DE REHABILITACION.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.6:

Las sesiones corresponden a la fase del tratamiento. En cada sesión se aplican los procedimientos que realiza cada uno de los profesionales individualizados del equipo de rehabilitación.

Una persona puede asistir el mismo día a sesión con el kinesiólogo y/o terapeuta ocupacional, etc.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.6:

SECCIÓN A6: Se debe registrar el número de sesiones de rehabilitación total por profesional que la realiza.

Una evaluación intermedia se registra como control de rehabilitación (Sección A.5) NO CORRESPONDE REGISTRARLO COMO SESION.

SECCION A.7: PROCEDIMIENTOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.7:

Procedimientos rehabilitación física: Actividades terapéuticas dirigidas a la persona en situación de discapacidad en la que se aplica una o más de las siguientes tipos de intervenciones: Evaluación Ayudas Técnicas, Fisioterapia, Masoterapia, Ejercicios Terapéuticos, Habilitación/Rehabilitación Laboral, Habilitación/Rehabilitación Educacional, Confección de Órtesis y/o Adaptaciones, Habilitación y Rehabilitación de AVD, Adaptación del hogar, Actividades Recreativas, Actividades Terapéuticas y Orientación y Movilidad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.7:

SECCIÓN A7: Corresponde registrar las actividades realizadas por el equipo de Rehabilitación, correspondiente al plan de tratamiento consensuado previamente.

Evaluación de Ayudas Técnicas: se registra la entrega como tal que incluye la evaluación, el entrenamiento y educación y el proceso de trámites para conseguirla.

Fisioterapia: Aplicación de elementos de Fisioterapia: Ultrasonido, TENS, termoterapia Superficial, entre otros.

Masoterapia: Masajes corporales de estimulación, relajación, otros.

Ejercicios Terapéuticos: Ejercicios netamente asistenciales; ya sean estos de movilización, estimulación, técnicas de facilitación o relajación.

Habilitación/Rehabilitación Laboral: Habilitación y/o rehabilitación para el desarrollo de competencias laborales, aumento y fortalecimiento de redes comunitarias y sociales y coordinación con el intersector. (Ver Orientación Técnica de Habilitación y Rehabilitación para el trabajo)

Habilitación/Rehabilitación Educacional: Habilitación y/o rehabilitación para el desarrollo de competencias educativas, aumento y fortalecimiento de redes comunitarias y sociales y coordinación con el intersector.

Confección de Ortesis: confección de órtesis que mejoren la funcionalidad y/o adaptaciones tendientes a lograr la independencia en las actividades de la vida diaria.

Adaptación del hogar: Evaluación de la habitabilidad de una persona con discapacidad en su hogar, medidas de adecuación (Ej. Colocación de barras de sujeción, poleas, rampas, otros), educación a la familia y entrenamiento de movilidad con las adaptaciones realizadas.

Actividades Recreativas: Actividades realizadas en forma individual (ej. Juegos de salón), grupal o colectiva (con grupos comunitarios) a objeto de cumplir objetivos terapéuticos como socialización, manejo conductual, aprendizaje de la relación con otros. En forma colectiva la recreación responde a actividades de socialización y de recreación propiamente tal (paseos, visitas, salidas) con las personas en situación de discapacidad

Actividades Terapéuticas: corresponden a las actividades realizadas fundamentalmente por el terapeuta ocupacional, destinadas al logro de los objetivos terapéuticos a través de una actividad, tales como: ergoterapia, carpintería, jardinería, etc.

Orientación y Movilidad: es el entrenamiento realizado a una persona con discapacidad visual orientada al entrenamiento en áreas de su desempeño ocupacional, entrenamiento en las actividades de la vida diaria y 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.

SECCION A.8: CONSEJERIA INDIVIDUAL AGENDADA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.8:

Corresponde a la atención terapéutica aplicada por un profesional o el equipo de rehabilitación, realizada en un periodo programado. El objetivo de la consejería es enfrentar crisis normativas, no normativas, duelo, prevención, anticipación al daño, etc. Esta actividad consta de definición del problema, búsqueda de soluciones en conjunto, propuestas de soluciones, análisis de los avances a los cuales se da seguimiento posterior. El terapeuta actúa como catalizador, facilitador y potenciador de los recursos personales de la Persona en Situación de Discapacidad (PSD). 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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.8:

SECCIÓN A8: Corresponde al total de consejerías agendadas y programadas que ha realizado el profesional, entregadas al paciente.

SECCION A.9: CONSEJERIA FAMILIAR AGENDADA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.9:

Interacción terapéutica para la familia, –entre los miembros y con equipo de salud familiar y/o de rehabilitación. Esta actividad consta de definición del problema, búsqueda de soluciones en conjunto, propuestas de soluciones, análisis de los avances a los cuales se da seguimiento posterior. El objetivo de la consejería es enfrentar crisis normativas, no normativas, duelo, prevención, anticipación al daño, etc. El o los terapeutas actúan como catalizador, facilitador de

cambios y potenciador de los recursos familiares. Una Consejería puede durar más de una sesión. Se realizan a lo menos tres sesiones, y se registra por separado cada una de ellas.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.9:

SECCIÓN A9: corresponde registrar el total de consejerías agendadas, dirigidas al paciente y su familia, realizada por uno o más profesionales del equipo de rehabilitación.

SECCION A.10: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.10:

Visita domiciliaria que se realiza a una familia con integrante en Programa de Rehabilitación, realizada por uno o más de los profesionales de rehabilitación, pueden ser acompañados por algún integrante del equipo de salud familiar. Tiene por objetivo evaluar las condiciones de vida en el hogar (estructurales, como también la dinámica familiar), asimismo, puede llevar asociada intervenciones específicas de rehabilitación, manejo de la funcionalidad, consejerías familiares, educación para la salud (enseñanza al cuidador), evaluación de ayudas técnicas, evaluación IVADEC etc. Esta Visita aborda varios objetivos terapéuticos.

Las Visitas Domiciliarias Integrales en Rehabilitación se separan por estrategias RBC (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno), RI (kinesiólogo 33 hrs), RR (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno que se desplazan por las comunas rurales).

Otros: se ingresan prestaciones realizadas por un profesional de rehabilitación con horas parciales, ej. GES Artrosis.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.10:

SECCIÓN A10: corresponde el Registro de visitas a familias con integrante en Rehabilitación, efectuadas por un profesional, dos o más profesional o un profesional y un técnico paramédico*, con el fin de entregar atención, intervenciones rehabilitadoras, consejerías familiares y educación.

(* En el caso de zonas extremas, que solo cuentan con Técnico Enfermería de Nivel Superior, deberán registrar en esta última celda).

SECCION A.11: PERSONAS QUE INGRESAN A EDUCACION GRUPAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.11:

Intervención destinada a actividades preventivas de discapacidad y promocionales de estilos de vida saludables que ayuden a mantener y/o retardar procesos crónicos, como también actividades de prevención secundaria realizadas en grupo, entregando herramientas para el autocuidado. Se debe registrar el número de personas que ingresan a educación grupal.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.11:

SECCIÓN A11: Corresponde al registro del número de personas que ingresan a Educación grupal, recibiendo conocimientos y herramientas para el logro de la prevención secundario, e información de enfermedades en Actividades grupales.

SECCION A.12: SESIONES DE EDUCACION GRUPAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.12:

La Metodología de Educación Grupal se debe planificar en varias sesiones a efecto de lograr cambios de conductas en las personas, utiliza metodologías participativas para entregar conocimientos y herramientas para el autocuidado. Se ingresa el número de sesiones totales realizadas en el período.

Las sesiones de Educación Grupal se separan por estrategias RBC (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno), RI (kinesiólogo 33 hrs), RR (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno que se desplazan por las comunas rurales).

Otros: se ingresan prestaciones realizadas por un profesional de rehabilitación con horas parciales, ej. GES Artrosis.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.12:

SECCIÓN A12: "Sesiones de educación grupal", corresponde al total de sesiones realizadas por esta área temática de prevención.

SECCION A.13: PERSONAS QUE LOGRAN PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.13:

Corresponde al número de personas según Origen de discapacidad, que han logrado participación en la comunidad (inclusión social), como hito designado en el plan de tratamiento consensuado por el equipo de rehabilitación y la persona en situación de discapacidad. De acuerdo al ciclo vital de la persona, puede ser: laboral (Trabajo o Dueña/o de casa), educativa, o comunitaria (grupos sociales, o desarrollos al interior de la familia y el hogar).

En esta sección se consignan solo aquellos casos que obtuvieron su participación en comunidad producto del esfuerzo y trabajo del equipo con el intersector, organizaciones sociales, etc. Un número importante retoma sus actividades cotidianas sin la necesidad de que el equipo intervenga. Este es un indicador de impacto de la rehabilitación.

Las personas que logran participación en comunidad, se separan por estrategias RBC (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno), RI (kinesiólogo 33 hrs), RR (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno, que se desplazan por las comunas rurales).

Otros: se ingresan prestaciones realizadas por un profesional de rehabilitación con horas parciales, ej. GES Artrosis.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.13:

SECCIÓN A13: Se debe registrar el número de personas que han logrado participación en comunidad (Inclusión Social), en el mes informado, a lo largo de su tratamiento de rehabilitación.

Trabajo: Persona que logra participación en un trabajo remunerado como salida del proceso de habilitación y rehabilitación para el trabajo.

Laboral Dueña/o de Casa: Personas que logran retomar o realizar sus labores en el hogar como una labor no remunerada.

Educativo: Personas que logran participación en el sistema educativo como salida del proceso de habilitación y rehabilitación educativa.

Comunitaria: Personas que logran participación en grupos sociales, desarrollo al interior de la familia y el hogar, entre otros (Distinto de Laboral o Educativo).

SECCION A.14: ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.14:

Modalidades de intervención:

Diagnostico o Planificación Participativa: Se incluyen en esta sección todas las actividades asociadas al trabajo de diagnóstico participativo, la planificación y ejecución del plan con los grupos objetivos: comunas, comunidades, organizaciones asociadas a discapacidad, organizaciones comunitarias y comunidad educativa.

Actividades de promoción de la salud: Se consideran todas las actividades destinadas a la promoción de la salud y prevención de discapacidad, con los grupos objetivos: comunas, comunidades, empleadores y compañeros de trabajo, comunidad educativa, red de apoyo y cuidadores.

Actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales: Se incluyen en esta sección las capacitaciones estructuradas con objetivos educativos precisos; están destinadas a generar competencias en áreas específicas, ejemplo programas estructurados para la formación de monitores, cuidadores. Con los grupos objetivos: profesionales de salud, empleadores y compañeros de trabajo, comunidad educativa, monitores red de apoyo y cuidadores.

Asesoría a grupos comunitarios: Se registran todas las actividades de asesoría, apoyo, entre otros, con organizaciones de personas en situación de discapacidad (PSD) y organizaciones para/por PSD.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.14:

SECCIÓN A14:

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN; actividades según líneas de acción y además el total de participantes para cada acción.

Se incluyen 4 modalidades de intervención en actividad y participación comunitaria:

Diagnostico o Planificación Participativa:

Actividades de promoción de la salud:

Actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales:

Asesoría a grupos comunitarios

Se entiende por:

Comunas, comunidades: personas que pertenecen a la comunidad, adscritas a un CESFAM, o establecimiento de APS donde se realiza la intervención.

Organizaciones asociadas a discapacidad: Organizaciones de PSD, que trabajan con PSD y que apoyan a PSD.

Organizaciones comunitarias: Organizaciones comunitarias que no están relacionadas con PSD.

Comunidad Educativa: Docentes, paradocentes, profesionales, padres y alumnos.

Empleadores y compañeros de trabajo: Empleadores y Compañeros de Trabajo del usuario que está recibiendo prestaciones de habilitación y rehabilitación para el trabajo o que ya se encuentra incluido en un puesto laboral.

Red de apoyo: Familia, vecinos, amigos, otros. A excepción de los cuidadores.

Cuidadores: Persona que entrega asistencial habitual a una persona con Dependencia que requiere de un apoyo constante.

Profesionales de salud: Profesionales y técnicos en Salud que trabajan como apoyo en la atención de usuarios con discapacidad.

Monitores: Personas que entregan apoyo voluntario a usuarios con discapacidad o a sus familias que no tienen conocimientos en salud.

Organizaciones de PSD: Organizaciones conformadas por Personas en Situación de Discapacidad o Usuarios en control en el Programa de Rehabilitación.

Organizaciones para/por PSD: Organizaciones de personas que trabajan para y por las personas en situación de discapacidad.

Los establecimientos APS que deben registrar en este REM serán:

Establecimientos con Salas Rehabilitación de Base Comunitaria

Establecimientos con Salas de Rehabilitación Integral

Hospitales de Menor Complejidad

Establecimientos / Estrategias de APS con espacios habilitados para Actividades de Rehabilitación (CESFAM, CGU, CGR)

Equipos Rurales de Rehabilitación.

Postas de Salud Rural que realizan actividades de rehabilitación

SECCION B: NIVEL ESPECIALIDAD.

B.1. INGRESOS A REHABILITACIÓN.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.1:

Ingresos: corresponde a la incorporación de una persona al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación o Servicio de Rehabilitación. El ingreso da cuenta de la cobertura del Servicio, por tanto, se registra una sola vez, independientemente de que la persona sea vista por más de un profesional. Los ingresos se consignan por grupos sindromáticos y por grupos etarios. Se ingresan el o los diagnósticos sindromáticos de los problemas a abordar en el episodio.

Se consignan en *Otros* aquellos problemas de salud que no están en los diagnósticos anteriores, pero que constituyen una línea de trabajo del equipo, ej. Piso pélvico

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.1:

De acuerdo al Tipo de Atención, el ingreso puede ser:

- *ATENCIÓN CERRADA*: a través de una interconsulta intrahospitalaria se deriva a un paciente que se encuentra hospitalizado, para ingreso a atención de rehabilitación.
- *ATENCIÓN ABIERTA*: Se genera a través de una interconsulta de Atención Primaria o con Epicrisis, según las indicaciones al momento del alta hospitalaria para continuar el proceso de rehabilitación en forma ambulatoria

SECCIÓN B.2: EGRESOS DE REHABILITACIÓN.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.2:

Egresos por ALTA: corresponde a la finalización del proceso de rehabilitación definido en un PTI (Plan de Tratamiento Integral), consensuado con la persona en situación de discapacidad, 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:

- Paciente hospitalizado que ingresa a programa de rehabilitación en ATENCION CERRADA, se registra como egreso desde ATENCION CERRADA cuando la persona completa su tratamiento de rehabilitación y continúa hospitalizada.
- Paciente dado de alta de hospitalización y continúa su tratamiento de rehabilitación en forma ambulatoria, su egreso se hará al finalizar el tratamiento y se registra como egreso desde ATENCION ABIERTA.
- Paciente ingresa para rehabilitación en ATENCION ABIERTA, su egreso será desde ATENCION ABIERTA.
- En caso de que el paciente sea derivado a otro hospital debe ser egresado en su hospital de origen e ingresado en el nuevo establecimiento.

Egreso por ABANDONO: se considera abandono al paciente que, teniendo un PTI en curso y horas asignadas para atención del equipo de rehabilitación, deja de asistir sin una razón justificada.

En el caso de ATENCION ABIERTA, se considerará egreso por abandono al paciente que deja de asistir a tres citaciones agendadas y efectivamente confirmadas, sin aviso.

En ATENCION CERRADA se considerará egreso por abandono al paciente que teniendo un PTI en desarrollo, se niega a continuar asistiendo al Servicio de Rehabilitación o al tratamiento en sala. El paciente y/o familiar deberá manifestar por escrito el abandono voluntario al programa de rehabilitación.

Egreso por FALLECIMIENTO: en el caso de ocurrir este hecho durante el período de tratamiento, es necesario consignarlo, además, agregar el punto donde estaba recibiendo la atención ABIERTA o CERRADA.

SECCIÓN B.3: CONSULTAS DE REHABILITACIÓN (EVALUACIÓN INICIAL).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.3:

Consultas: corresponde a la etapa inicial del proceso terapéutico y considera la evaluación inicial o primera consulta. Dependiendo del motivo de consulta, pueden realizarse una o más consultas, de acuerdo al número de profesionales que intervienen (kinesiólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, asistente social) lo que dará origen al Plan de Tratamiento Integral del equipo. Además, un mismo profesional puede realizar una o más consultas para establecer el diagnóstico inicial.

Las consultas se consignan según profesional, grupos etarios, sexo, número de pacientes beneficiario y número de paciente evaluados en sala de hospitalización (como respuesta a interconsulta).

Las consultas del médico fisiatra u otra especialidad, se mantienen en el REM 07 ESPECIALIDADES.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.3:

SECCIÓN B3: "consultas de Rehabilitación", el dato que se debe registrar corresponde a las evaluaciones realizadas por profesional; ya sea esta evaluación inicial o final.

SECCIÓN B.4: CONTROLES DE REHABILITACIÓN (EVALUACION INTERMEDIA).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.4:

Control: es el acto terapéutico realizado en etapas intermedias del tratamiento, destinado a evaluar el estado de avance de la intervención del equipo de rehabilitación con los objetivos planteados en el PTI. En caso de ser necesario, tomar las medidas de ajuste a los objetivos del PTI.

Esta acción considera un tiempo especialmente destinado para ello, y considera la entrevista y/o la aplicación de instrumentos que permitan comparar con la medición anterior, y que permita tomar decisiones respecto a cambios en el tratamiento (interconsulta, derivación a un establecimiento de mayor complejidad, incorporar a otro profesional del equipo de rehabilitación, etc.)

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.4:

SECCIÓN B4: Se debe registrar el número de controles o sesiones realizados por profesional.

Se debe registrar la actividad al finalizar el plan de tratamiento en la última sesión, por lo cual lo que se informa es el control y no se registra la sesión.

El registro no es uno a uno, es decir NO SE ANOTA UN CONTROL UNA SESIÓN.

SECCIÓN B.5: SESIONES DE REHABILITACIÓN.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.5:

Sesión: corresponden a las instancias de tratamiento propiamente tal, en que cada profesional aplica las técnicas propias de su disciplina (procedimientos). En esta sección cada profesional registra por separado el número de veces que una persona asiste a tratamiento, existiendo varias posibilidades de acuerdo a la intensidad del tratamiento:

- 1.- Una persona es atendido por un solo profesional, constituye una sesión.
- 2.- Una persona en un mismo día puede ser atendida por varios profesionales, cada atención por profesional es una sesión.
- 3.- Una persona en un mismo día puede ser atendida dos veces por uno o más profesionales (alta intensidad), se registra el número de sesiones que cada profesional realizó como intervención respecto a esa misma persona.

En cada sesión se pueden realizar uno o más procedimientos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.5:

SECCIÓN B5: Se debe registrar el número de sesiones de rehabilitación total por profesional que la realiza en nivel de especialidad.

Una evaluación intermedia se registra como control de rehabilitación (Sección B.4) NO CORRESPONDE REGISTRARLO COMO SESION.

SECCION B.6: DERIVACIONES Y CONTINUIDAD EN LOS CUIDADOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.6:

El objetivo de esta sección es conocer en qué nivel de la red la persona continuará su proceso de rehabilitación, se registra a la salida de cada establecimiento hospitalario de alta y mediana complejidad. La persona puede ser derivada para completar su tratamiento a otro hospital de mayor o menor complejidad de la red, o directamente a un CESFAM.

Los hospitales Comunitarios corresponden al nivel primario, ellos deben realizar el proceso final de la rehabilitación que es la *inclusión social*, por lo tanto, registran derivación solo si por alguna razón se ven obligados a derivar a un CESFAM o CGR.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.6:

Se registra a que nivel se deriva para continuar con los cuidados o rehabilitaciones pertinentes. Totales por centro de salud.

SECCION B.7: PROCEDIMIENTOS Y OTRAS ACTIVIDADES

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.7:

Evaluación ayudas técnicas:

Procedimiento orientado a valorar el resultado del uso de una ayuda técnica en el usuario de modo de obtener su máxima funcionalidad. El Kinesiólogo y/o terapeuta Ocupacional apoya en la educación del uso, dosificación y cuidados de ésta. Estos profesionales, asesoran al médico en la propuesta de la ayuda técnica más óptima para las necesidades del paciente de acuerdo

Fisioterapia:

Conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos, son utilizadas para prevenir, recuperar y readaptar sistemas comprometidos. La determinación de uso y dosificación dependerá de la evaluación del usuario, patología, condición de la piel y estado emocional. Las más utilizadas son: electroterapia, termoterapia, hidroterapia, ultrasonido, entre otras.

Tratamiento compresivo:

Procedimiento por el cual se aplican fuerzas compresivas al muñón de amputación, favoreciendo el retorno venoso, inhibiendo la hipertrofia de cicatrices, mejorando la tonicidad, controlando el edema y el dolor.

Atención kinesiológica integral:

Prestación kinésica que incluye la evaluación y todos los procedimientos de medicina física, rehabilitación y/o kinesiterapia, que se le realiza a un paciente en una sesión de tratamiento.

Entrenamiento protésico:

Proceso por el cual el usuario de prótesis se reeduca en actividades de la vida, potenciando la funcionalidad remanente. Puede incluir tratamiento pre y post-protésico

Educación grupal:

Todas aquellas actividades grupales realizadas en forma de taller y/o exposición dirigidas a un conjunto de personas que comparten una problemática común; pudiendo ampliarse a usuarios, familiares, cuidadores y redes de apoyo. Orientados a la educación y prevención de ciertas temáticas relevantes para el bienestar integral del usuario y/o cuidador.

Educación familiar:

Considera charlas, entrevistas individuales, talleres y/o exposiciones, dirigidas a familiares y/o cuidadores del usuario, con el fin de educar acerca de algún tema de interés que favorezca el autocuidado y manejo hacia el paciente para la consecución de los objetivos de rehabilitación propuestos.

Aspiración (succión):

Consiste en la succión o extracción de mucosidades que se encuentran en la vía aérea y que no se pueden eliminar espontáneamente, mediante una sonda de aspiración que se introduce por vía nasofaríngea u orofaríngea con técnica limpia. Considera también, la succión nasotraqueal o por vía aérea artificial utilizando técnica estéril según la norma.

Ejercicio terapéutico:

Conjunto de técnicas que utilizan el movimiento corporal para mejorar la función musculoesquelética con la finalidad última de restablecer la funcionalidad del paciente. Esta actividad se realiza en relación al diagnóstico kinésico y debe ser dosificada y supervisada por el profesional.

Evaluación de la voz, habla y lenguaje:

Procedimiento fonoaudiológico que permite determinar la normalidad o alteración de la voz, habla y lenguaje. Se realiza a partir de la observación clínica, anamnesis, entrevistas, test formales o pautas informales.

Tratamiento de la voz, habla y/o lenguaje:

Técnicas fonoaudiológicas que permiten habilitar o rehabilitar la voz, habla y lenguaje acorde a las condiciones del usuario, su entorno familiar y escolar. Entre ellos se pueden mencionar estrategias de intervención directa (habilitación y rehabilitación del usuario) y estrategias de intervención indirecta (educación a los familiares o cuidadores del usuario, coordinación con equipo profesional del entorno escolar o laboral del usuario, entre otros).

Tratamiento funciones motoras orales:

Técnicas y estrategias fonoaudiológicas que favorecen la movilidad, sensibilidad y funcionalidad de los órganos fonoarticulatorios.

Estimulación Cognitiva:

Técnicas y estrategias fonoaudiológicas que entrenan o facilitan las funciones cognitivas relacionadas con la comunicación (atención, memoria, funciones ejecutivas, visuoespaciales y visuoespaciales).

Prevención de deterioro de órganos fono articulatorios (OFA):

Técnicas fonoaudiológicas que buscan mantener el buen estado general de los órganos fonoarticulatorios en ausencia de alimentación por vía oral.

Evaluación de deglución:

Procedimiento fonoaudiológico que permite determinar la normalidad o alteración del proceso de deglución. Se realiza a partir de una observación clínica, anamnesis, entrevistas y evaluación directa del proceso.

Manejo trastorno deglución:

Conjunto de técnicas y estrategias fonoaudiológicas que permiten determinar la vía de alimentación segura y eficiente de acuerdo a cada caso, además de estimular y facilitar los patrones de movimientos adecuados para cada etapa dentro del proceso.

Confección órtesis y/o adaptaciones:

Se refiere a la confección de aditamentos con el objetivo de mejorar funcionalidad, postura o proteger segmentos corporales. Las férulas y órtesis son utilizadas para mejorar funcionalidad, postura y protección de segmentos, son confeccionadas con materiales como: neopreno, termoplástico de baja temperatura, plastazote y otros materiales como velcros, remaches, hebillas, correas. Se confeccionan adaptaciones para mejorar posicionamiento del usuario, aumentando la funcionalidad y participación en contextos como laboral, escolar y en actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales. Los materiales son diversos desde elementos como cartón, maderas, esponjas, telas, velcros, termoplásticos, entre otros.

Habilitación y rehabilitación en actividades de la vida diaria (AVD):

Se realizan evaluaciones de habilidades y competencias con el fin de generar experiencias y optimizar el desempeño en las actividades de la vida diaria. Esto se realiza a través del entrenamiento y fortalecimiento de estas actividades, en contextos protegidos y comunes para el usuario, como por ejemplo, el hogar, sala de rehabilitación, la comunidad, sistemas educativos, lugar de trabajo, cuyo objetivo es lograr autonomía e independencia en el desempeño en las distintas áreas.

Habilitación y rehabilitación laboral:

Habilitación/Rehabilitación Laboral: Se refiere al trabajo del terapeuta ocupacional en el fortalecimiento de las competencias laborales adquiridas previamente y/o rehabilitarlas, según sea el caso. Considera la evaluación de capacidades remanentes, orientación laboral, evaluación de puesto de trabajo. Es derivado a APS cuando es necesario activar la red para la inserción laboral.

Habilitación y rehabilitación educacional:

Habilitación/Rehabilitación Educacional: La habilitación y/o rehabilitación se debe orientar al logro de la inclusión social, en aquellas personas niños, adolescentes o adultos jóvenes en etapa de formación que deben desarrollar las competencias educativas básicas para la integración escolar, establecer su adaptación al medio escolar o educativo, orientar a la familia, escuela o agente educativo respecto al manejo en el aula.

Actividades Recreativas:

Son actividades significativas para el usuario basadas en acciones lúdicas que tienen como fin entregar diversión, relaxo, esparcimiento, participación social, y que resulta beneficioso para el proceso de rehabilitación.

Actividades terapéuticas:

Son actividades significativas y con propósito para el usuario, orientadas a cumplir los objetivos de rehabilitación, favoreciendo las capacidades motoras, sensoriales, cognitivas, emocionales, sociales y culturales, las que se realizan a través de diversas actividades como ergoterapia o mecanoterapia.

Integración sensorial:

Técnica de intervención utilizada para regular comportamiento y procesamiento sensorial por medio de estímulos propioceptivos, vestibulares, táctiles, esperando lograr respuestas adaptativas con objetivo de mejorar habilidades motoras gruesas y finas; mejorar desempeño cognitivo; mejorar participación ocupacional, autorregulación y participación social; aumento de la competencia percibida, la autoconfianza y la autoestima; mejorar la calidad de vida del niño y su familia.

Psicoterapia Individual:

Psicoterapia Individual. Corresponde al tratamiento psicológico otorgado por un clínico habilitado por formación, a una persona que demanda de su intervención, en un encuentro confidencial y privado, respecto al sufrimiento que lo aqueja. En este proceso se requiere un "motivo de consulta", la elaboración de un "demanda terapéutica" de parte del consultante, así como también una evaluación diagnóstica y tratamiento por parte del clínico.

Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a personas en situación de discapacidad, familiar o cuidador, tendiente a apoyar el proceso terapéutico, manejo de duelo, apoyo psicológico a las etapas del ciclo vital del paciente, manejo de cuadros clínicos específicos (depresión, cuadros conductuales, etc.).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.7:

SECCIÓN B7: Corresponde registrar las actividades realizadas por el equipo de Rehabilitación, correspondiente al plan de tratamiento consensuado previamente.

REM 2014-2016

SERIE BM

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BM.18 ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO

ESTRUCTURA REM-BM.18

Sección A: Exámenes De Diagnóstico.

Sección B: Procedimientos De Apoyo Clínico Y Terapéutico.

Sección C: Intervenciones Quirúrgicas Menores.

Sección D: Intervenciones Quirúrgicas Menores Por Edad.

Sección E: Misceláneos.

Sección F: Despacho De Recetas (Todos Los Establecimientos).

Sección G: Prescripciones Administradas En Urgencia APS.

Sección H: Otras Atenciones A Pacientes Ambulatorios

Sección I: Rondas Por Tipo Y Profesional

Sección J: Otros Traslados De Pacientes

Sección K: Programa De Imágenes Diagnostica Y Programa De Resolutividad En Atención Primaria

Sección K.1: Lentes, Audífonos Y Audiometrías A Personas Hasta 64 Años (Programa De Resolutividad)

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-BM.18

Generalidades: Este REM es de uso exclusivo de establecimientos Municipales o de Entidades Públicas o Privadas con las cuales los Servicios de Salud o FONASA, hayan celebrado un convenio que establece que el financiamiento es por población a cargo.

SECCIONES CON MISMA ESTRUCTURA DE VARIABLES:

- A: Exámenes de Diagnóstico.**
- B: Procedimiento de apoyo clínico y terapéuticos.**
- C: Intervenciones Quirúrgicas Menores.**
- E: Misceláneos.**

Estructura de variables:

- TOTAL, SAPU, NO SAPU
-

Exámenes o Procedimientos: En estas secciones se describen diferentes tipos de Exámenes y Procedimientos, y es realizado en la modalidad de SAPU o No SAPU.

Total: Presenta el total de exámenes o procedimientos efectuados, tanto a beneficiarios como no beneficiarios de la ley 18.469, en el nivel de atención SAPU y No SAPU.

SAPU: Consigna el número de exámenes o procedimientos efectuados en establecimientos, a beneficiarios y no beneficiarios de la ley 18.469, modalidad institucional en los establecimientos SAPU.

No SAPU: Corresponde el registro de las actividades realizadas en los Establecimientos, No SAPU al total de beneficiarios y no beneficiarios.

SECCION C: INTERVENCIONES QUIRURGICAS MENORES.

La intervención Quirúrgica Menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas.

Protocolizar la cirugía menor ayuda a reducir la tasa de derivación a la atención especializada, resta el tiempo de espera y aumenta la actividad y la capacidad resolutive de la atención primaria.

En esta sección se detallan las Intervenciones Quirúrgicas menores realizadas en establecimientos SAPU y No SAPU.

SECCION D: INTERVENCIONES QUIRURGICAS MENORES POR EDAD.

En esta sección el registro contempla las intervenciones quirúrgicas realizadas en el nivel de atención SAPU y No SAPU, según Grupos de Edad, < de 15 años y > 15 años.

SECCION E: MISCELANEOS.

En esta sección se describen diferentes tipos de prestaciones comprende Curación simple ambulatoria, auto cuidado de pacientes DID, Oxigenoterapia domiciliaria y procedimientos de podología.

Procedimientos de Podología: Corresponde a una prestación de salud, realizada por podólogo que incluye por sesión todas las actividades destinadas a la prevención y tratamiento de las complicaciones de pie diabético u otros.

Oxigenoterapia en Domicilio: Es la administración de oxígeno en el domicilio a pacientes estables en situación de insuficiencia respiratoria crónica.

Algunas enfermedades pulmonares o de otra causa disminuyen la concentración sanguínea de oxígeno requiriendo para su tratamiento el uso de técnicas de terapia respiratoria, con provisión de Oxígeno. La aplicación de gran parte de estos tratamientos se desarrolla en el medio hospitalario, pero en ocasiones, puede efectuarse en el propio domicilio del paciente, siempre y cuando tengan las condiciones clínicas y domiciliarias necesarias.

En esta sección corresponde registrar el número de sesiones efectuadas según previsión, independiente de los procedimientos o prestaciones que se realicen en ella.

SECCION F: DESPACHO DE RECETAS (TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS).

Receta Médica: Se entiende por receta médica la orden suscrita por médico cirujano, cirujano dentista, matrona u otro profesional legalmente habilitado para hacerlo con el fin de que una cantidad de cualquier medicamento o mezcla de ellos sea dispensada conforme a lo señalado por el profesional que lo extiende. (Art. 34, decreto supremo No 466 de 1984, Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes farmacéuticos y Botiquines y Depósitos autorizados)

Recetas despachadas: Corresponde a aquellas recibidas en la unidad de Farmacia o en la unidad de Dispensación cuando corresponda clasificadas en las variables crónicas, morbilidad general, métodos Anticonceptivos (incluye los métodos hormonales y no hormonales: T de Cobre y preservativos) sea por despacho directo a la usuaria o por reposición de existencia a la unidad que efectúa el procedimiento.

Despacho Total: corresponde a total de recetas despachadas en su totalidad, clasificadas en las variables crónicas, morbilidad general, métodos Anticonceptivos (incluye los métodos hormonales y no hormonales: T de Cobre y preservativos) sea por despacho directo a la usuaria o por reposición de existencia a la unidad que efectúa el procedimiento.

Despacho Parcial: Corresponde aquellas en que se despacharon sólo alguno de los medicamentos incluidos o una parte de ellos según la indicación del profesional. Ej.: en una receta el médico indica 3 medicamentos distintos y uno de ellos carece de existencia, eso corresponderá a un despacho parcial.

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

Prescripciones rechazadas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica que no se encuentra disponible en la sección de Farmacia del establecimiento en el momento de ser solicitada. Si la receta fue despachada parcialmente, generara una o más prescripciones rechazadas.

Se registran para el periodo respectivo las recetas recibidas y con despacho parcial sin el respaldo de alguna norma ministerial o local (no se considera en esta categoría el despacho fraccionado de medicamentos indicados a paciente crónico por periodos superiores a 30 días de acuerdo a la aplicación de la NGT No12, capítulo 9) en la Sección de Farmacia ya sea para pacientes crónicos (Epilépticos, Diabéticos, Hipertensos, Hipertiroidismo, Asma Bronquial, patologías de Salud Mental con tratamientos prolongados sin mayor modificación; Parkinson y Artrosis), y/o Morbilidad General y el número de prescripciones solicitadas para estos pacientes.

Los establecimientos municipales que brindan atención ambulatoria que deben reportar información sobre recetas y prescripciones atendidas son:

Atención Primaria: Consultorio General Urbano o Centro de Salud Urbano (CGU); Consultorio General Rural Centro de Salud Rural (CGR); Centro de Salud Familiar (CESFAM); Consultorio Adosado Hospital baja complejidad; Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF) y Postas de Salud Rural.

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

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

SECCIÓN G: PRESCRIPCIONES ADMINISTRADAS EN URGENCIA APS.

Corresponde el(los) medicamento(s) que se administra(n) al paciente en la atención de SAPU o Atención Ambulatoria en Servicio de Urgencia, prescrito(s) previamente por el profesional facultado en el registro de "Dato Atención de Urgencia".

SECCION H: OTRAS ATENCIONES A PACIENTES AMBULATORIOS.

Atención por Terapeuta Ocupacional: corresponde a la prestación de salud que incluye por sesión los procedimientos terapéuticos que realiza el (la) Profesional Terapeuta Ocupacional a un paciente, con prescripción médica de dicho tratamiento.

Atención por Kinesiólogo (No SAPU): corresponde a la realización de procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación o Kinesioterapia realizados, por prescripción médica, por el (la) profesional Kinesiólogo(a) a un paciente.

Atención por Educadora de Párvulo: corresponde a procedimientos de estimulación a niños(as) diagnosticados con rezago, riesgo y retraso en su desarrollo psicomotor, los que consideran como por ejemplo, aplicación de instrumentos de evaluación de DSM, reuniones de planificación, entrevista diagnóstica, sesiones individuales con los padres y/o cuidadores, sesiones individuales con niñas y niños, visitas domiciliarias integrales, talleres para padres y/o cuidadores, entre otras.

Corresponde registrar el número de sesiones de los procedimientos que realiza el Terapeuta Ocupacional, el Kinesiólogo y la Educadora de Párvulos a pacientes ambulatorios, según grupos de edad. Los procedimientos realizados por kinesiólogo(a) en Salas IRA-ERA o Mixta deben ser registrados en REM-A.23.

Los procedimientos realizados por kinesiólogo(a) en Salas de Rehabilitación o espacios físicos habilitados para Rehabilitación según Programa, deben ser registrados en REM A28.

En el caso de Postas de Salud Rural, en las que se ha contratado Educadoras de Párvulos, y realizan ingreso a Salas de Estimulación, deberán ser registradas en sección F del REM A05.

SECCIÓN I: RONDAS POR TIPO Y PROFESIONAL

Ronda a Posta de Salud Rural: Corresponde al traslado programado de un equipo de salud que concurre periódicamente a un establecimiento de Salud Rural, para efectuar atención integral, este tipo de rondas puede ser por vía terrestre, aérea o marítima.

SECCIÓN J: OTROS TRASLADOS DE PACIENTES

Traslado no de Urgencia: Es aquel traslado de pacientes NO de Urgencia, ya sea urbano o rural según definiciones de la Red Asistencial. Este traslado puede ser por vía terrestre, aérea o marítima.

SECCIÓN K: PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICA Y PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD

EN ATENCIÓN PRIMARIA

Este programa tiene el objetivo de mejorar mediante, el apoyo de procedimientos de Imagenología, la capacidad resolutive 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, como mamografía, ecotomografía mamaria y

ecotomografía abdominal en grupos de riesgo con el fin de realizar una pesquisa oportuna de las patologías.

Esta Sección comprende el registro de las actividades contempladas y comprometidas por el Establecimiento a través del Programa de Imágenes Diagnóstica y Programa de Resolutividad de Atención Primaria, permitiendo conocer la demanda de exámenes y porcentaje de realización de estos (Consultorios Generales urbanos y Rurales y/o Centros de salud, Postas de Salud Rural dependientes las Municipalidades). El cumplimiento oportuno de estas actividades se puede realizar por distintas vías, como compras de servicio, producción propia del establecimiento.

Incluye:

Mamografías solicitadas: Corresponde a los exámenes de mamografía que fueron indicados o solicitados a los pacientes según grupos de edad.

Mamografías realizadas: Corresponde a los exámenes de mamografías realizados e informados su resultado, según grupos de edad.

Las mamografías deben además registrarse, según su clasificación de resultado, con Birads 0, 1 o 2, 3, 4, 5 o 6, sin informe de Birads.

Ecotomografías Mamarias solicitadas: Corresponde a los exámenes de ecotomografía mamaria que fueron indicados o solicitados a los pacientes según grupos de edad.

Ecotomografías Mamarias realizadas: Corresponde a los exámenes de ecotomografía mamaria realizados e informados su resultado, según grupos de edad y aquellas con informe de sospecha de malignidad.

Ecotomografías abdominales solicitadas: Corresponde a los exámenes de ecotomografía abdominal que fueron indicados o solicitados a los pacientes según grupos de edad.

Ecotomografías abdominales realizadas: Corresponde a los exámenes de ecotomografía abdominal realizados e informados su resultado, según grupos de edad y los que correspondan con resultado de litiasis biliar.

Cirugía Menor Solicitadas: Corresponde a las intervenciones quirúrgicas menores indicadas por el profesional médico a los pacientes que lo requieran.

Cirugía Menor Realizadas: Corresponde a las intervenciones quirúrgicas menores realizadas por el profesional médico a los pacientes que lo requieran.

Biopsias de Cirugía Menor enviadas a Anatomía Patológica: Corresponde a las muestras, productos de Cirugías Menores realizadas y enviadas para su análisis a las Unidades de Anatomía Patológica.

SECCIÓN K.1: LENTES, AUDÍFONOS Y AUDIOMETRÍAS A PERSONAS HASTA LOS 64 AÑOS (PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD)

Esta sección corresponde a la entrega de lentes y audífonos, y a la realización de los exámenes de audiometrías a los pacientes en el marco del Programa de Resolutividad de la Atención Primaria para todas las edades hasta los 64 años de edad. El registro es realizado para los Consultorios Generales Urbanos y Rurales y/o Centros de Salud, Posta de Salud Rural dependientes de las Municipalidades.

SECCIÓN K.2: ENTREGA DE AYUDAS TÉCNICAS GES A PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS EN EL ESTABLECIMIENTO

Esta sección incluye el total de ayudas técnicas (bastones, andadores, andadores de paseo, cojines antiescaras, colchones antiescaras, sillas de rueda y lentes indicados por presbicia) entregadas por el establecimiento en el marco del cumplimiento de las Garantías Explícitas de Salud (GES). (Consultorios Generales Urbanos y Rurales y/O Centros de Salud, postas de Salud Rural dependientes de las Municipalidades).

**RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BM.18A
LIBRO DE PRESTACIONES DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO**

ESTRUCTURA REM-BM.18A

Sección A: Exámenes De Diagnóstico Y Exámenes De Imagenología

Sección B: Procedimientos De Apoyo Clínico Y Terapéutico

Sección C: Intervenciones Quirúrgicas Menores

Sección D: Misceláneos

Sección E: Otros Exámenes Y Procedimientos De Apoyo Clínico Y Terapéutico (Sin Código En Arancel)

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-BM.18A

Generalidades: Este rem es para uso exclusivo de los establecimientos que integran el sistema nacional de servicios de salud, sean dependientes del ministerio de salud o entidades públicas o privadas con las cuales los servicios de salud o el Fonasa hayan celebrado convenio que establezca que el financiamiento es por prestaciones otorgadas.

Este rem incluye el detalle de todas las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que se realizan en establecimientos de atención primaria municipal y constituyen la base para el rem-b18.

Los exámenes que se realizan en establecimientos municipales, registrados en la Serie A, Exámenes Bacteriológicos Programa Tuberculosis, Exámenes de Pesquisa de Enfermedades Transmisibles, se deben detallar en REM BM 18A, con fines estadísticos, en la modalidad de SAPU, NO SAPU aquellos exámenes procesados en laboratorios del establecimiento, o compra de servicio, para los exámenes procesados en establecimientos del Intra o Extrasistema, según corresponda.

Incluye:

Cada una de las actividades descritas en este REM, se clasifican según sean realizadas en Establecimientos SAPU y No SAPU.

En columna "Total": presenta el total de exámenes o procedimientos efectuados en el mes del informe, tanto a beneficiarios como no beneficiarios de la ley 18.469, en el nivel de atención SAPU y No SAPU.

SAPU Total: Consigna el número de exámenes o procedimientos efectuados en establecimientos, en el mes del informe, a beneficiarios y no beneficiarios de la ley 18.469, en el nivel de atención SAPU.

No SAPU Total: Corresponde el registro de las actividades realizadas en los Establecimientos No SAPU, al total de beneficiarios y no beneficiarios.

Compra de Servicios: corresponde el registro de todas aquellas actividades realizadas a través de Compra de Servicios tanto a establecimientos del Sistema como a Centros no pertenecientes al SNSS.

En las secciones B, C y D: Además de registrar en los SAPU y NO SAPU, de debe registrar por funcionario es decir Medico u Otro.

En la compra de Servicio va el registro de todas las actividades que no están incluidas como producción del establecimiento.

TELEMEDICINA: Es el suministro de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico, realizado por profesionales que apelan a tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven.

Solicitudes:

Nº de Tele-electrocardiogramas: Corresponde a la petición de exámenes de electrocardiograma, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con esta tecnología tanto de la Red Asistencial, denominado Institucional, como a establecimientos del Extrasistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Radiografías Odontológicas: Corresponde a la petición de exámenes radiológicos odontológicas, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con esta tecnología tanto de la Red Asistencial, denominado Institucional, como a establecimientos del Extrasistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

En esta sección se debe registrar Informe de Electrocardiograma Número de Radiografías Odontológicas, ya sea por medio Institucional o Compra de Servicio o Convenio.

REM 2014-2016

SERIE BS

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BS.0 FACTURACION PAGO POR PRESTACIONES INSTITUCIONALES (P.P.I.)

Rem de uso exclusivo de los establecimientos que integran el sistema nacional de servicios de salud, sean dependientes del ministerio de salud o entidades públicas o privadas (delegados) con las cuales Fonasa hayan celebrado convenio.

En general los datos consignados en él, se generan automáticamente, a partir del REM17A, y consta de las siguientes secciones:

ESTRUCTURA REM-BS.0

Sección A: Atenciones Abiertas (Rem 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07 Y 08).

Sección B: Exámenes De Diagnostico (Libro Anexo Rem 17a).

Sección C: Procedimientos De Medicina Nuclear, Ginecología, Obstetricia Y Ortopedia (Libro Anexo Rem17a).

Sección D: Intervenciones Quirúrgicas (Libro Anexo Rem17a).

Sección E: Partos (Libro Anexo Rem17a).

Sección F: Atención Odontológica (Grupo 27 Del Rem 17a).

Sección G: Atención Cerrada, Días De Hospitalización (Rem 20).

Sección H: Actividades Protección Específica (Rem 17a).

Sección I: Hemodiálisis Y Peritoneodialisis (Libro Anexo Rem17a).

Sección J: Procedimientos Diagnósticos Y Terapéuticos.

Sección K: Misceláneos (Rem 17a).

Sección L: Facturación Por Atenciones Salud Ocupacional Y Ambiental (Rmc0- Salud Ocupacional Y Medio Ambiente).

Sección M: Lentes, Audífonos, Medicina Transfusional, Pnda, Tbc, Traslados Y Rondas Rurales.

Sección M: Resumen De Facturación PPP Servicio De Salud.

Sección N: Resumen De Facturación Compra De Servicios.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-BS.0

Las secciones consignadas poseen similar estructura, Prestaciones Beneficiarios (LEY18.469), Arancel unitario (en el caso que lo tenga designado) y como última columna, Pago por prestaciones.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BS.17 ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO

En general los datos consignados en él, se generan automáticamente, a partir del REM17A, y consta de las siguientes secciones:

ESTRUCTURA REM-BS.17

Sección A: Exámenes De Diagnóstico.

Sección B: Medicina Nuclear Y Radioterapia.

Sección C: Procedimientos De Ortopedia.

Sección D: Hemodiálisis.

Sección E: Actos Quirúrgicos E Intervenciones Quirúrgicas.

Sección F.1: Intervenciones Quirúrgicas Por Tipo De Intervención (Institucionales).

Sección F.2: Compras Realizadas Al Extrasistema De Intervenciones Quirúrgicas Por Tipo De Intervención.

Sección G: Amputación Por Pie Diabético.

Sección H: Procedimientos Médicos De Diagnósticos Y Terapéuticos.

Sección I: Misceláneos.

Sección J: Despacho De Recetas De Pacientes Ambulatorios.

Sección K: Prescripciones Administrada En Urgencia Aps.

Sección L: Actividades En Unidad De Farmacia Hospitalaria.

Sección M: Otras Atenciones A Pacientes Ambulatorios.

Sección N: Rondas Por Tipo Y Profesional.

Sección O: Otros Traslados De Pacientes.

Sección P.1: Programa De Imágenes Diagnósticas Y Programa De Resolutividad En Atención Primaria.

Sección P.2: Lentes, Audífonos Y Audiometrías A Personas Hasta Los 64 Años (Programa De Resolutividad).

Sección Q: Entrega De Ayudas Técnicas Ges A Personas De 65 Y Más Años En El Establecimiento.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-BS.17

SECCIONES CON IGUAL ESTRUCTURA DE VARIABLES:

A: Exámenes de Diagnóstico.

B: Medicina Nuclear y Radioterapia.

C: Procedimientos de Ortopedia.

D: Hemodiálisis.

H: Procedimientos Médicos de Diagnóstico y Terapéuticos.

Estructura de variables:

- Condición de beneficiario, según tipo de prestación
- Procedencia de la solicitud (atención cerrada, abierta o de emergencia).

- Compras de Servicio realizadas al Sistema: Corresponde al registro de exámenes o procedimientos que el Establecimiento debe comprar a otro establecimiento del SNSS. Dichas actividades deberán ser incluidas en las columnas de actividades a beneficiarios, pues son realizadas en las instalaciones del establecimiento, fuera del horario normal de los profesionales ejecutantes.

- Compras de Servicio realizadas al Extra-sistema: Corresponde al registro de exámenes o procedimientos que el establecimiento deba comprar a establecimientos externos que no pertenecen al SNSS. Dichas actividades no se incluyen en las columnas de exámenes realizados, por no representar la producción propia del establecimiento.

- Ventas de Servicios: Corresponde al registro de exámenes o procedimientos realizados por el establecimiento a otros servicios o centros de salud tanto públicos como privados. Esta información sólo tiene carácter estadístico para la medición de producción total por lo tanto debe ser incluida en las columnas total y no en la columna de beneficiario, aunque sean realizadas a éstos, dado que el establecimiento está facturando por otras vías.

SECCIONES A, B, C, D Y H, I: EXÁMENES O PROCEDIMIENTOS

En estas secciones se describen diferentes tipos de Exámenes de Laboratorio, Imagenología, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Radioterapia, Procedimientos de Ortopedia, de Hemodiálisis, de Diagnóstico y Terapéuticos y Misceláneos, que se registran según la caracterización de variables descrita en el párrafo precedente de estructura general.

SECCIÓN E: ACTOS QUIRÚRGICOS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Acto Quirúrgico: Es un conjunto de acciones efectuadas a un paciente en una misma oportunidad, por uno o más cirujanos en el pabellón o quirófano, generalmente bajo anestesia y para un tratamiento determinado.

Representa de por sí un acto médico integral que incluye además técnicas específicas para la realización del mismo.

En un mismo "acto quirúrgico" puede efectuarse una o más intervenciones quirúrgicas, considerándose para el registro Estadístico de éste, sólo la Intervención Quirúrgica, de mayor complejidad.

Intervención Quirúrgica: Es la actividad terapéutica efectuada preferentemente en pabellón quirúrgico y por personal calificado, que implica la incisión de la piel u otros planos, con el fin de extirpar, drenar, liberar o efectuar un aseo quirúrgico ante un cuadro patológico.

Cirugías Menores: Comprende procedimientos quirúrgicos sencillos y habitualmente de corta duración, realizados sobre tegumentos o estructuras fácilmente accesibles, efectuada con/sin anestesia local, requiriendo mínima medicación pre-operatoria, puede ser realizada en sala de procedimientos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E: columna Total de Actos Quirúrgicos se registra el número de Actos Quirúrgicos efectuadas en el mes del informe, tanto a beneficiarios como no beneficiarios de la ley 18.469.

En la columna Beneficiarios de Actos Quirúrgicos se registra el número de Actos Quirúrgicos efectuadas en el mes informado, a los beneficiarios de la ley 18.469.

En las columnas Intervenciones Quirúrgicas, Beneficiarios y No Beneficiarios (Total, 100%, 75% y 50%). Se registra el número de intervenciones efectuadas a los beneficiarios y no beneficiarios según corresponda y en el mes del informe, agrupando las intervenciones según Normas Técnico-Administrativas de FONASA al 100%, 75% y 50%.

En la columna Cirugías Menores, se registra el total de Cirugías menores realizadas por el establecimiento en el mes del informe, según tipo de intervención, debiendo considerar para el registro en forma general, aquellas cuyo código adicional sea menor a 5, con excepción de los códigos 20-04-001 y 20-04-002, cuyo código adicional es 4 y son consideradas intervenciones mayores.

En las columnas "Compras realizadas al sistema", se registran las intervenciones quirúrgicas realizadas por médicos contratados en modalidad honorarios a suma alzada en las especialidades para los que fueron contratados o por la modalidad de médicos de llamada. Las actividades deberán ser incluidas en las columnas de actividades a beneficiarios, pues son realizadas en las instalaciones del establecimiento, fuera del horario normal de los profesionales ejecutantes.

"Compra de Servicios al extra sistema" y "Venta de Servicios" son válidas las definiciones descritas para "Exámenes o Procedimientos".

El Retiro de Material de Osteosíntesis, debe excluirse de las Cirugías de Traumatología y Ortopedia, y ser registradas en forma independiente en el REM17, Sección C y en el REM-0, Sección D, código 2106.

SECCIÓN F.1: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR TIPO DE INTERVENCIÓN (INSTITUCIONALES).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F.1:

Esta sección solicita el desglose de las actividades realizadas por los cirujanos, si el pabellón en el que se practicó la intervención es arrendado, no es un impedimento para realizar el registro de cirujanos.

Corresponde a los Intervenciones Quirúrgicas que realizan en el establecimiento los cirujanos en su horario normal, los contratados a honorarios, consultorías de llamada y compra de servicios a los pacientes atendidos en Modalidad de Atención Integral, por el establecimiento.

Nota: Las intervenciones registradas en la sección F.1, deben ser coincidentes con el registro de la sección E.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F.1:

Sección F.1: En esta Sección se registra, el número de intervenciones Electivas Mayores No Ambulatorias, Cirugías Electivas Mayores Ambulatorias, Urgencia y Menores, desagregadas según "Horario Normal" y "Honorario u otra modalidad" por grupo edad (mayores de 15 y menores de 15 años) para el Total de intervenciones. En columna separada se registran las intervenciones quirúrgicas realizadas a Beneficiarios. Por lo tanto, la suma de las cirugías, según grupo de edad, debe ser coincidente con el total de las Intervenciones Totales realizadas a Beneficiarios y No Beneficiarios, ejecutadas en el establecimiento.

SECCIÓN F.2: COMPRAS REALIZADAS AL EXTRASISTEMA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR TIPO DE INTERVENCIÓN.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F.2:

Esta sección está destinada a registrar exclusivamente las intervenciones quirúrgicas (**paquete completo de intervención**) que se realizan en establecimientos que no pertenecen al SNSS, a través de la compra de servicios y tiene la finalidad de disponer de información para evaluar gestión sobre la materia.

Nota: Las intervenciones registradas en la sección F.2, deben ser menor o igual con el registro de la sección E, información proveniente del REM 17D.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F.2:

Sección F.2: se registra, el número de intervenciones Electivas Mayores No Ambulatorias, Cirugías Electivas Mayores Ambulatorias y Urgencia, compradas al extrasistema de intervenciones quirúrgicas, desagregadas por grupo de edad (mayores de 15 y menores de 15 años) para el Total de intervenciones. Por lo tanto, la suma de las cirugías, según grupo de edad, debe ser coincidente con el total de las Intervenciones realizadas por compra de servicio en el establecimiento.

CLASIFICACIÓN DE LAS CIRUGÍAS:

Cirugía electiva: Es el procedimiento quirúrgico que por las características del cuadro clínico del paciente, puede ser diferida su realización en el tiempo, sin riesgo vital y que ha sido agendada previamente.

Cirugía de urgencia: Es aquella que, por la característica del cuadro patológico presentado en el paciente, debe ser realizada en forma inmediata e impostergable.

Cirugía menor: comprende procedimientos quirúrgicos sencillos y habitualmente de corta duración, realizados sobre tegumentos o estructuras fácilmente accesibles. Puede ser realizada con anestesia local, requiriendo mínima medicación pre-operatoria, puede ser realizada en sala de procedimientos, es de bajo riesgo vital y presenta escasas complicaciones.

Cirugía mayor: comprende procedimientos quirúrgicos complejos, implica manipulación de órganos vitales y/o cuya incisión permite acceder a grandes cavidades (incluye cirugía Máxilo - facial). Requiere de un equipo quirúrgico y anestesista especializado, se realiza siempre en pabellón quirúrgico. Demanda preparación pre-operatoria, sedación, anestesia general y/o regional, eventualmente local. Utiliza recuperación post quirúrgica, puede necesitar apoyo a funciones vitales.

Cirugía mayor ambulatoria (CMA): Corresponde a todo acto quirúrgico mayor incluido en el listado que se detalla a continuación, que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el usuario, pasado un periodo de recuperación, vuelve a su domicilio el mismo día. Se considerarán también CMA los casos en que el paciente pernocte en el establecimiento siempre que su estadía sea menor o igual a 12 horas y que ésta se realice en sala de recuperación u otra destinada a este fin, y no en una cama hospitalaria. Cabe señalar que se excluyen las cirugías odontológicas y de urgencia.

Listado sugerido de Intervenciones Quirúrgicas a ser realizadas en forma ambulatoria:

ESPECIALIDAD	PATOLOGIA
Cirugía general	Hernias umbilicales, inguinales, crurales, línea blanca y algunas pequeñas eventraciones. Várices Tumores de mama benignos Tumores pequeños de cabeza y cuello Colecistectomía por laparoscopia
Coloproctología	Hemorroides Fístulas Fisuras Anales
Oncología	Tumores pequeños
Máxilo facial	Reducción de Fracturas
Plástica	Cirugía Reconstructiva
Urología	Fimosis Parafimosis Hidrocele
Oftalmología	Cataratas
Otorrinolaringología	Amigdalectomía, Adenoidectomía
Cirugía infantil	Hernia Criptorquidia Fimosis
Neurocirugía	Túnel carpiano
Ginecología	Esterilización Tubaria otras Cirugías ginecológicas por Laparoscopia
Traumatología	Reducción quirúrgica de Fracturas

Cirugía Electiva Mayor No Ambulatoria: Es el procedimiento quirúrgico, que puede ser diferida su realización en el tiempo, que comprende procedimientos quirúrgicos complejos, requiere de equipo quirúrgico especializado, anestesista, pabellón y la ocupación de una cama hospitalaria, debiendo pernoctar en éstas.

Cirugía Electiva Mayor Ambulatoria: Es aquel procedimiento, que puede ser diferida su realización en el tiempo, que comprende procedimientos quirúrgicos complejos, requiere de equipo quirúrgico especializado, anestesista, pabellón ambulatorio o central y que luego de la recuperación del paciente éste retorna a su domicilio o si pernocta en el establecimiento por un periodo igual o inferior a 12 hrs. en sala de recuperación u otra destinada a este fin, y no en una cama hospitalaria.

Con Médicos en Horario Normal: Se refiere a todas aquellas cirugías realizadas por los profesionales médicos cirujanos dentro de su jornada contratada, (11, 22, 33 o 44 hrs. de contrato)

Con médicos contratados a honorarios u otra modalidad: Se refieren a todas aquellas cirugías realizadas por los profesionales médicos cirujanos o anestesiistas, fuera de su horario de contrato, a través de la modalidad de Consultoría de llamada u honorario. Para efectos de registro, basta que uno de los profesionales que participan en la I.Q. sea éste Cirujano o Anestesiista se encuentre contratado por esta modalidad para que se efectúe el registro.

SECCIÓN G: AMPUTACIÓN POR PIE DIABÉTICO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

Se refiere a la Intervención Quirúrgica de amputación, de la extremidad inferior de un paciente con diagnóstico de pie diabético, pudiendo ser:

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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: se registra sólo aquellas intervenciones quirúrgicas con diagnóstico de pie diabético, desagregadas en total y beneficiarios. Obtener la información de los registros de pabellón, incluidas en sección E1 y E2.

SECCIÓN H: PROCEDIMIENTOS MEDICOS DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICOS.

Procedimientos Facturables: Se refiere a aquellos procedimientos médicos incluidos en el Arancel de la Modalidad de Atención Institucional definido por FONASA, y registrados en el REM 17 A y REM 0.

Procedimientos No Facturables: Se refiere a aquellos procedimientos NO incluidos en el Arancel de Modalidad Institucional que realice el Establecimiento y son registrados en su detalle en el REM 17 C, cuyo objetivo es sólo para fines estadísticos.

SECCIÓN I: MISCELÁNEOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN I:

En esta sección se describen diferentes tipos de prestaciones efectuadas según previsión de los pacientes (beneficiarios y no beneficiarios). Se registran en REM 17A, traspasándose automáticamente los datos a esta sección.

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 SECCIÓN I:

Sección I: se registrar el número de sesiones efectuadas de podología según previsión, independiente de los procedimientos o prestaciones que se realicen en ella, desagregado en total y beneficiarios. El resto de las prestaciones de esta sección se obtendrán a través de un vínculo automático proveniente del REM 17A.

SECCIÓN J: DESPACHO DE RECETAS DE PACIENTES AMBULATORIOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN J:

Receta Médica: Se entiende por receta médica la orden suscrita por médico cirujano, cirujano dentista, matrona u otro profesional legalmente habilitado para hacerlo con el fin de que una cantidad de cualquier medicamento o mezcla de ellos sea dispensada conforme a lo señalado por el profesional que lo extiende. (Art. 34, decreto supremo N° 466 de 1984, Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes farmacéuticos y Botiquines y Depósitos autorizados).

Recetas despachadas: corresponde a aquellas recibidas en la unidad de Farmacia o en la unidad de Dispensación cuando corresponda clasificadas en las variables crónicos, morbilidad general, métodos Anticonceptivos (incluye los métodos hormonales y no hormonales: T de Cobre, y preservativos) sea por despacho directo a la usuaria o por reposición de existencia a la unidad que efectúa el procedimiento.

Despacho Total: corresponde al total de recetas despachadas en su totalidad, clasificadas en las variables de crónicos y morbilidad general, métodos Anticonceptivos (incluye los métodos hormonales y no hormonales: T de Cobre, y preservativos) sea por despacho directo a la usuaria o por reposición de existencia a la unidad que efectúa el procedimiento

Despacho Parcial: Corresponde aquellas en que se despacharon sólo alguno de los medicamentos incluidos o una parte de ellos según la indicación del profesional. (No se aplica Servicio Urgencia Hospitales y Servicio Atención Primaria de Urgencia (SAPU)). Ej.: en una receta el médico indica 3 medicamentos distintos y uno de ellos carece de existencia, eso corresponderá a un despacho parcial.

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

Prescripciones rechazadas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica que no se encuentra disponible en la Sección Farmacia del Establecimiento en el momento de ser solicitada. (No se aplica Servicio Urgencia Hospitales y Servicio Atención Primaria de Urgencia (SAPU)). Si la receta fue despachada parcialmente generará una o más prescripciones rechazadas.

Los establecimientos que brindan atención ambulatoria que deben reportar información sobre recetas y prescripciones atendidas son:

En Atención Primaria: Consultorio General Urbano o Centro de Salud Urbano (CGU); Consultorio General Rural Centro de Salud Rural (CGR); Centro de Salud Familiar (CESFAM); Consultorio Adosado Hospital de Menor Complejidad; Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF) y Postas de Salud Rural y SAPU.

En Atención nivel Secundario: Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT); Centro de Referencia de Salud (CRS); Consultorio de Salud Mental (COSAM); Consultorio Adosado de hospitales de Mayor y Mediana Complejidad.

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

Recetas despachadas con oportunidad (entregado el mismo día): Se entenderá por receta despachada de manera total y oportuna, a toda receta que es solicitada en farmacia, que se despacha en todas las prescripciones, en las dosis, cantidades indicadas y se entrega el mismo día, y al momento en que el usuario solicita la entrega³.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN J:

Sección J: se registran para el periodo respectivo las recetas recibidas y con despacho parcial sin el respaldo de alguna norma ministerial o local (no se considera en esta categoría el despacho fraccionado de medicamentos indicados a paciente crónico por periodos superiores a 30 días de acuerdo a la aplicación de la NGT N°12, capítulo 9) en la Sección de Farmacia ya sea para pacientes crónicos (Epilépticos, Diabéticos, Hipertensos, Hipertiroidismo, Asma Bronquial, patologías de Salud Mental con tratamientos prolongados sin mayor modificación; Parkinson y Artrosis), y/o Morbilidad General y el número de prescripciones solicitadas para estos pacientes.

Recetas Despachadas con oportunidad: se registra el número de recetas que han sido despachadas completamente al momento de acudir a la farmacia del establecimiento. No es excluyente si el paciente va con una receta prescrita con fecha anterior.

³ Ficha técnica Balance Score Card, Indicador: Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno.

SECCIÓN K: PRESCRIPCIONES ADMINISTRADA EN URGENCIA APS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN K:

Corresponde el(los) medicamento(s) que se administra(n) al paciente en la atención de SAPU o Atención Ambulatoria en Servicio de Urgencia, prescrito(s) previamente por el profesional facultado en el registro de "Dato Atención de Urgencia".

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN K:

Sección K: se debe registrar el(los) medicamento(s) que se administra(n) al paciente en la atención de SAPU o Atención Ambulatoria en Servicio de Urgencia, prescrito(s) previamente por el profesional facultado en el registro de "Dato Atención de Urgencia".

No corresponde registrar aquellos que fueron recetados.

SECCIÓN L: ACTIVIDADES EN UNIDAD DE FARMACIA HOSPITALARIA.

Esta sección corresponde a todos los establecimientos de la red asistencial (establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, CDT adosados, etc.) que cuenten con farmacia a cargo de químico farmacéutico, en la cual se elaboran los preparados farmacéuticos y la preparación de dosis unitaria.

La elaboración de preparados farmacéuticos son productos destinados a cubrir necesidades terapéuticas no encontradas en el mercado, ya sea derivada de su composición, presentación o dosis por forma farmacéutica. Se distinguen en preparados estériles y no estériles.

El envasado de formas farmacéuticas está destinado a la preparación de dosis unitaria para la administración a pacientes hospitalizados.

Preparado farmacéutico: producto farmacéutico que es elaborado en una farmacia que obedece a una prescripción médica.

Preparado farmacéutico estéril: corresponde a preparados que deben elaborarse bajo condiciones que eviten su contaminación (esterilización, área contaminación controlada).

Preparado farmacéutico no estéril: preparado que se ejecuta en una farmacia en condiciones habituales del área de Preparaciones/producción Por ejemplo.: Antisépticos, Desinfectantes y sus diluciones; Readequación de formas farmacéuticas; Preparados de uso dérmico, etc.

Dosis unitaria preparada: envase de un medicamento que contiene solo la cantidad necesaria para una administración.

SECCION M: OTRAS ATENCIONES A PACIENTES AMBULATORIOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN M:

Atención por Terapeuta Ocupacional: corresponde a la prestación de salud que incluye por sesión los procedimientos terapéuticos que realiza el (la) Profesional Terapeuta Ocupacional a un paciente, con prescripción médica de dicho tratamiento.

Atención por Kinesiólogo (No SAPU): corresponde a la realización de procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación o Kinesioterapia realizados, por prescripción médica, por el (la) profesional Kinesiólogo(a) a un paciente.

Atención por Educadora de Párvulo: corresponde a procedimientos de estimulación a niños(as) diagnosticados con rezago, riesgo y retraso en su desarrollo psicomotor, los que consideran como por ejemplo, aplicación de instrumentos de evaluación de DSM, reuniones de planificación, entrevista diagnóstica, sesiones individuales con los padres y/o cuidadores, sesiones individuales con niñas y niños, visitas domiciliarias integrales, talleres para padres y/o cuidadores, entre otras.

Nota: La facturación de la atención de kinesiólogos y Terapeutas Ocupacionales está dirigida a pacientes ambulatorios, para tratamientos que se realizan en atención abierta.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN M:

Sección M: se registrar el número de sesiones de los procedimientos que realiza el Terapeuta Ocupacional, el Kinesiólogo y la Educadora de Párvulos a pacientes ambulatorios, según grupos de edad y beneficiarios

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-A.28.

SECCIÓN N: RONDAS POR TIPO Y PROFESIONAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN N:

Ronda a Posta de Salud Rural: Corresponde al traslado programado de un equipo de salud que concurre periódicamente a un establecimiento de Salud Rural, para efectuar atención integral, este tipo de rondas puede ser por vía terrestre, aérea o marítima.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN N:

Sección N: se registra 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.

Si esta ronda es realizada por un oferente externo del sistema mediante la Compra de Servicio, se debe especificar en la columna compra de servicios - número de traslado, independiente del número de rondas totales realizadas.

Nota: el total de Rondas no necesariamente debe ser la sumatoria de todos los profesionales que participan, por cuanto en una Ronda generalmente participan dos o más profesionales.

SECCIÓN O: OTROS TRASLADOS DE PACIENTES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN O:

Traslado no de Urgencia: Es aquel traslado de pacientes NO de Urgencia, ya sea urbano o rural según definiciones de la Red Asistencial. Este traslado puede ser por vía terrestre, aérea o marítima

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN O:

Sección O: se registra el número de pacientes trasladados NO de Urgencia, según tipo de transporte: terrestre, aéreo o marítimo. 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.

SECCIÓN P.1: PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICA Y PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN P.1:

Este programa tiene el objetivo de mejorar mediante, el apoyo de procedimientos de Imagenología, la capacidad resolutive 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, como mamografía, ecotomografía mamaria y ecotomografía abdominal en grupos de riesgo con el fin de realizar una pesquisa oportuna de las patologías. El cumplimiento oportuno de estas actividades se puede realizar por distintas vías, como compras de servicio, producción propia del establecimiento.

Incluye:

Mamografías solicitadas: Corresponde a los exámenes de mamografía que fueron indicados o solicitados a los pacientes según grupos de edad.

Mamografías realizadas: Corresponde a los exámenes de mamografías realizados e informados su resultado, según grupos de edad.

Las mamografías deben además registrarse, según su clasificación de resultado, con Birads 0, 1 o 2, 3, 4, 5 o 6, sin informe de Birads.

Ecotomografías Mamarias solicitadas: Corresponde a los exámenes de ecotomografía mamaria que fueron indicados o solicitados a los pacientes según grupos de edad.

Ecotomografías Mamarias realizadas: Corresponde a los exámenes de ecotomografía mamaria realizados e informados su resultado, según grupos de edad y aquellas con informe de sospecha de malignidad.

Ecotomografías abdominales solicitadas: Corresponde a los exámenes de ecotomografía abdominal que fueron indicados o solicitados a los pacientes según grupos de edad.

Ecotomografías abdominales realizadas: Corresponde a los exámenes de ecotomografía abdominal realizados e informados su resultado, según grupos de edad y los que correspondan con resultado de litiasis biliar.

Cirugía Menor Solicitadas: Corresponde a las intervenciones quirúrgicas menores indicadas por el profesional médico a los pacientes que lo requieran.

Cirugía Menor Realizadas: Corresponde a las intervenciones quirúrgicas menores realizadas por el profesional médico a los pacientes que lo requieran.

Biopsias de Cirugía Menor enviadas a Anatomía Patológica: Corresponde a las muestras, productos de Cirugías Menores realizadas y enviadas para su análisis a las Unidades de Anatomía Patológica.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN P.1:

Sección P.1: se registran de las actividades contempladas y comprometidas por el Establecimiento a través del Programa de Imágenes Diagnóstica y Programa de Resolutividad de Atención Primaria, permitiendo conocer la demanda de exámenes y porcentaje de realización de estos (Hospitales de baja complejidad y Centros de Salud dependientes del Servicio de Salud), según grupo edad.

SECCIÓN P.2: LENTES, AUDÍFONOS Y AUDIOMETRÍAS A PERSONAS HASTA LOS 64 AÑOS (PROGRAMA DE RESOLUTIDAD).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN P.2:

Esta sección corresponde a la entrega de lentes y audífonos, y a la realización de los exámenes de audiometrías a los pacientes en el marco del Programa de Resolutividad de la Atención Primaria para todas las edades hasta los 64 años de edad. El registro es realizado para los Hospitales de baja complejidad y Centros de Salud dependientes del Servicio de Salud.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN P.2:

Sección P.2: se registran los lentes, audífonos y audiometrías entregadas a personas, y que fueron comprometidas por el Establecimiento a través de Programa de Resolutividad de Atención Primaria.

SECCIÓN Q: ENTREGA DE AYUDAS TÉCNICAS GES A PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS EN EL ESTABLECIMIENTO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN Q:

Esta sección incluye el total de ayudas técnicas (bastones, andadores, andadores de paseo, cojines antiescaras, colchones antiescaras, sillas de rueda y lentes indicados por presbicia) entregadas por el establecimiento en el marco del cumplimiento de las Garantías Explícitas de Salud (GES).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN Q:

Sección Q: se registra el total de ayudas técnicas GES entregadas en el establecimiento a adultos mayores de 65 años de edad.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BS.17A LIBRO DE PRESTACIONES DE APOYO DIAGNOSTICO y TERAPÉUTICO

En general los datos consignados en él, se generan automáticamente, a partir del REM17A, y consta de las siguientes secciones:

ESTRUCTURA REM-BS.17A

GRUPOS DE PRESTACIONES DE LA MAI INCLUIDAS EN EL REM-B.17A:

Atención Abierta (Grupo 01)

Atención Cerrada (Grupo 02).

Laboratorio Clínico (Grupo 03).

Imagenología (Grupo 04).

Medicina Nuclear y Radioterapia (Grupo 05).

Medicina Transfusional (Grupo 07).

Anatomía Patológica (Grupo 08)

Prestaciones de Psiquiatría y Salud Mental (Grupo 09)

Cirugía (Grupos 11 al 21)

Anestesia (Grupo 22).

Traslados y Rescates (Grupo 24).

Atención Odontológica (Grupo 27).

Lentes, Audífonos, P.N.D.A y TBC (Grupo 30).

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-BS.17A

GENERALIDADES: Este rem es para uso exclusivo de los establecimientos que integran el sistema nacional de servicios de salud, sean dependientes del ministerio de salud o entidades públicas o privadas con las cuales los servicios de salud o el Fonasa hayan celebrado convenio que establezca que el financiamiento es por prestaciones otorgadas.

El REM-B.17A incluye las prestaciones otorgadas a los beneficiarios en el establecimiento, mediante la "Modalidad de Atención Institucional" (MAI).

REM-BS17A

Actividades Totales: Corresponde al número total de prestaciones realizadas en el establecimiento de salud.

Actividades por condición de beneficiario: Corresponde al número total de prestaciones realizadas según tipo de beneficiario de la ley 18.469.

Se registra el Total y Beneficiario, No Beneficiario se genera automáticamente de la resta del total y beneficiarios.

Intervenciones Quirúrgicas: Registro sólo para beneficiarios y no beneficiarios, facturación al 100, 50 y 75 %.

El registro de las Intervenciones quirúrgicas según el porcentaje de facturación se genera cuando un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico, se practiquen dos o más intervenciones de distinto código, ya sea por la misma incisión o por otras diferentes, por lo que corresponderá cobrar el 100% a la de arancel más alto y las intervenciones quirúrgicas al 50%, corresponden a la de segundo mayor valor bonificado (50%).

En los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, por el mismo equipo, procederá cobrar el 100% del valor arancelario de una intervención y el 50% de la otra, salvo que el Arancel expresamente especifique un procedimiento diferente.

Cuando a un mismo paciente se le practiquen en un mismo acto quirúrgico en forma simultánea o sucesiva, dos o más intervenciones por distintos equipos de cirujanos, a través de las mismas o diferentes incisiones, procederá cobrar el 100% del valor de cada una de las intervenciones efectuadas.

Intervenciones quirúrgicas al 75%, cuando sea necesario retirar quirúrgicamente elementos de endoprótesis o de osteosíntesis interna en la especialidad de traumatología (Grupo 21), se cobrará a través de las prestaciones 21-06-001, 21-06-002 y 21-06-003. En aquellos casos en que el retiro de elementos no dispone de un código específico para ese efecto y siempre que el arancel no establezca un procedimiento diferente, se cobrará el 75% del valor de la intervención de la colocación del respectivo elemento.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores Ambulatorias Electivas (CMA): en estas columnas corresponderá registrar todas aquellas Intervenciones que cumplan con el requisito de CMA Electivas, según las definiciones descritas en el instructivo del REM 17 Sección F, el Total desagregado por grupos de edad (< 15 años, 15 y más años) y Beneficiarios. , por lo tanto, la suma de las cirugías, según grupo de edad, debe ser coincidente con el Total de las Intervenciones realizadas en el establecimiento.

Procedencia: Se deben registrar los datos según su origen, es decir, donde se realizó la prestación, éstas pueden ser por: Atención Cerrada, Atención Abierta o Emergencia.

Producción Intra Hospital: Por Honorarios y/o Consultores de Llamada, corresponde al número de actividades realizadas por el establecimiento y en particular para las intervenciones quirúrgicas, por cirujanos o anestesiólogos, fuera del horario normal, contratados en modalidad honorarios a suma alzada en las especialidades para los que fueron contratados o en modalidad de consultores de llamada. Estas deben ser incluidas en Actividades (100%), columna Total y Beneficiarios.

Operativos: Se registra el número de actividades que se hayan realizado por esta modalidad, NO se incluyen en Actividades (100%) porque NO son producción del establecimiento

Venta de Servicio: número de procedimientos que realiza el establecimiento a través de la venta de servicios a otros centros de salud, se incluyen en el Total de Actividades del establecimiento como producción, pero no para facturación a FONASA, ya que éste percibe otros ingresos por tal concepto. (Ejemplo: consultorios de APS municipal, centros de atención privada.)

Transferencia: Se refiere a los valores arancelarios de las prestaciones vigentes, según la Resolución vigente.

Total facturado: Se refiere al monto calculado por el valor arancelario unitario por el número de las actividades realizadas a los beneficiarios de la Ley 18.469.

Validación: Contiene validaciones automáticas para cada prestación.

En "Venta de Servicios" registrar número total de exámenes o procedimientos realizados por el Establecimiento producto de venta de servicios a otros centros de salud, tanto públicos como privados,

NOTAS:

1.- En el caso que existan Unidades que dependan técnica y administrativamente de las Direcciones de Servicio y realicen prestaciones en otros establecimientos, las actividades serán consignadas en el REM que corresponda del establecimiento en que se realizó la actividad. Para efecto de facturación, deben ser registradas en el REM17, con el código de la Dirección de Servicio.

2.- Para la facturación de las prestaciones de Salud Mental, se debe tener en cuenta:

En la prestación Consulta o Control por Psicólogo Clínico, se debe incluir la Consulta de Psicólogo Clínico de Especialidad, la Consulta de Salud Mental por psicólogo, la Psicoterapia Individual y el Psicodiagnóstico.

En la consulta Psiquiatra, se debe incluir la prestación Psicoterapia Individual.

En la Psicoterapia Grupal, se debe incluir la Psicoterapia Familiar.

La actividad de Psiquiatría de Enlace está destinada a pacientes hospitalizados, por lo que no es facturable.

3.- Para efecto de Visita Domiciliaria enfermera, matrona o nutricionista, se deben incluir visitas realizadas por otros profesionales, con la excepción de la Asistente Social que tiene un código específico.

Compras al extrasistema: Se refiere a todas aquellas actividades demandadas que se realizan en establecimientos del extra sistema, para satisfacer la demanda insatisfecha. No se consideran como producción del establecimiento, por lo tanto no deben ser incorporadas en el total de las actividades realizadas por el centro asistencial, son sólo considerados como dato estadístico de demanda.

**RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-B.17C (Serie BS)
LIBRO DE PRESTACIONES DE APOYO DIAGNÓSTICO y TERAPÉUTICO NO INCLUIDAS EN
EL REM 0.**

ESTE REM ES DE USO EXCLUSIVO DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE INTEGRAN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD, SEAN DEPENDIENTES DEL MINISTERIO DE SALUD O ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS CON LAS CUALES LOS SERVICIOS DE SALUD O EL FONASA HAYAN CELEBRADO CONVENIO QUE ESTABLECE QUE EL FINANCIAMIENTO ES POR PRESTACIONES OTORGADAS.

En el REM-B.17C incluye las prestaciones otorgadas a beneficiarios y no beneficiarios, no incluidos en el REM 0 y que son registradas por el Establecimiento, sólo con fines estadísticos.

ESTRUCTURA REM-B.17C

GRUPOS DE PRESTACIONES:

Procedimientos de Medicina Física (Grupo 6)

Procedimientos de Neurología (Grupo 11)

Procedimientos de Oftalmología (Grupo 12)

Procedimientos de Otorrinolaringología (Grupo 13)

Procedimientos de Dermatología (Grupo 16)

Procedimientos de Cardiología, Neumología, Cardiovascular y Tórax (Grupo 17)

Procedimientos de Gastroenterología (Grupo 18)

Procedimientos de Urología y Nefrología (Grupo 19)

Procedimientos de Traumatología (Grupo 21)

Otros Procedimientos

Procedimientos de Psiquiatría (Grupo 22)

Telemedicina

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-B.17C

Procedencia (Atención Cerrada, Atención Abierta, Emergencia): Corresponde al número de prestaciones efectuados en el mes del informe, según el origen de la demanda: atención cerrada, atención abierta y emergencia. Se registra el número total de exámenes o procedimientos efectuados en el mes del informe.

Compra de Servicio: se refiere al número de actividades realizadas según compra de Servicio de la prestación, la que puede ser al establecimiento del SNSS o al extrasistema. Se debe registrar el número total de exámenes o procedimientos comprados por el establecimiento, en el mes del informe.

Venta de Servicios: corresponde al número de procedimientos que realiza el establecimiento a través de la venta de servicio a otros Centros de Salud. Se debe registrar el número total de exámenes o procedimientos realizados por el Establecimiento producto de esta venta de servicios.

Nota: El Registro total de Implantes Subcutáneos, debe registrarse en Procedimientos de Dermatología, sin embargo para registro estadístico en Otros Procedimientos se pueden desglosar en Inserción Implantes Anticonceptivo e Inserción de Pellets subcutáneo.

TELEMEDICINA

Solicitudes:

Nº de exámenes radiológicos simples: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes radiológicos simples, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o con los que se realizan convenios.

Nº de otros exámenes radiológicos complejos: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes radiológicos complejos, realizado por establecimientos de atención ambulatoria de especialidades, Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Hospitales de mediana y alta complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Tele-electrocardiogramas: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes de electrocardiograma, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Radiografías Osteopulmonares: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes radiológicos osteopulmonares, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Radiografías Odontológicas: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes radiológicos odontológicos, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Tomografías de Urgencia y UPC: Corresponde a la petición de informe diagnóstico de tomografías de urgencia o Unidades de Pacientes Críticos, realizado por establecimientos alta complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Los establecimientos de APS y hospitales de menor complejidad que realicen las solicitudes a la Red Asistencial (Establecimientos de Alta complejidad) deberán registrar en INSTITUCIONAL, independiente de la forma en que la Red Asistencial resuelva la solicitud (institucionalmente o por compra de servicio).

Para aquellos que "soliciten" informes diagnóstico de los exámenes al Extra sistema, como iniciativa local, deberán registrar en la columna "Compra de Servicio o Convenio".

Emisiones de Informes (uso exclusivo de Establecimiento de Mayor Complejidad)

Elaboración de informe realizada por establecimientos de mayor complejidad o gestionada por éstos a través de compra de servicio. Estos entregan resultados para exámenes radiológicos simples, complejos, tele-electrocardiogramas, radiografías osteopulmonares, radiografías odontológicas, tomografías de Urgencia y Unidad de Pacientes Críticos (UPC).

En el caso de los establecimientos de alta complejidad que no cuentan con la tecnología de telemedicina, y compran el Extra sistema la emisión de informes para resolver la demanda de los establecimientos de su red, deberán registrar en la sección de "Emisión de Informes" en la columna "Compra de Servicio o Convenio".

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-B.17D (Serie BS) COMPRA DE SERVICIO DE PRESTACIONES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO REALIZADAS

Este rem es de uso exclusivo de los establecimientos que integran el sistema nacional de servicios de salud, sean dependientes del ministerio de salud o entidades públicas o privadas con las cuales los servicios de salud o el Fonasa hayan celebrado convenio que establece que el financiamiento es por prestaciones otorgadas.

en el rem-b.17d incluye las prestaciones otorgadas a beneficiarios y no beneficiarios, a través de la modalidad de **compra de servicios**, incluye DLF 36, sólo con fines estadísticos.

ESTRUCTURA REM-B.17D

GRUPOS DE PRESTACIONES:

Atención Abierta (Grupo 01).

Atención Cerrada (Grupo 02).

Laboratorio Clínico (Grupo 03).

Imagenología (Grupo 04).

Medicina Nuclear y Radioterapia (Grupo 05).

Medicina Transfusional (Grupo 07).

Anatomía Patológica (Grupo 08)

Prestaciones de Psiquiatría y Salud Mental (Grupo 09)

Cirugía (Grupos 11 al 21)

Anestesia (Grupo 22).

Traslados y Rescates (Grupo 24).

Atención Odontológica (Grupo 27).

Lentes, Audífonos, P.N.D.A y TBC (Grupo 30).

Procedimientos (Grupo 11 al 21)

Otros Procedimientos.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-B.17D

Actividades: Total de actividades realizadas a beneficiarios mediante la modalidad de Compra de Servicios a Centros de Salud no pertenecientes al SNSS, incluye las actividades realizadas en el marco de los convenios suscritos por el DFL 36.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores Ambulatorias: corresponde el registro de las Intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias, según lo definido en el REM-B.17, sección F, realizadas a los beneficiarios del establecimiento exclusivamente a través del mecanismo de Compra de Servicios a establecimientos no pertenecientes al SNSS. Incluye las actividades realizadas en el marco de los convenios suscritos por el DFL 36, desagregadas en menores de 15 años y 15 años y más, la columna total corresponde a la sumatoria de ambas.

REM 2014-2016

SERIE D

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-D.15 PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), es un programa de salud de carácter universal enfocado a realizar actividades de apoyo nutricional preventivo y de recuperación, mediante el cual se distribuyen alimentos a infantes menores de seis años, prematuros de <1500 gramos de peso al nacer o <32 semanas de gestación, a gestantes y madres que amamantan hasta el 6to mes post parto o al 6to mes de edad gestacional corregida (madres de prematuros), infantes con diagnóstico de fenilcetonuria (PKU), enfermedad Orina Olor a Jarabe de Arce, Acidemia Propiónica, Acidemia Metilmalónica, Acidemia Isovalérica y Citrulinemia tipo 1, desde el nacimiento hasta los 18 años de edad y gestantes con fenilcetonuria independiente de la edad, a través de los establecimientos del Sistema Nacional de los Servicios de Salud o adscritos a él.

ESTRUCTURA REM-D.15

Sección A: Distribución (Kilos) A Población Beneficiaria Del SNSS

Sección B: Distribución Programa De Prematuros A Población Beneficiaria Del SNSS

Sección C: Número De Personas Beneficiarias Del SNSS

Sección D: Existencia Y Movimiento Total De Productos (Incluye Población Beneficiaria Del SNSS Y No Beneficiaria)

Sección E: Distribución (Kilos) A Población No Beneficiaria Del SNSS (Incluye Modalidad De Libre Elección)

Sección F: Distribución Programa De Prematuros A Población No Beneficiaria Del SNSS (Incluye Modalidad De Libre Elección)

Sección G: Número De Personas No Beneficiarias Del SNSS (Incluye Modalidad De Libre Elección)

Sección H: Número De Reevaluaciones Antropométricas A Población No Beneficiaria Del SNSS

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-D.15

ALIMENTOS:

- Leche Purita Fortificada
- Purita Cereal
- Mi Sopita
- Purita Mama
- Fórmula Prematuros
- Fórmula Continuación

Grupos programáticos de Menores de 6 años de edad:

- 0 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 a 11 meses
- 12 a 17 meses
- 18 a 23 meses
- 24 a 47 meses
- 48 a 71 meses

Gestantes:

- Normal, sobrepeso y obesas
- Bajo peso

Madres que amamantan (Nodrizas):

- Normal sobrepeso y obesas con:
 - Lactancia materna exclusiva
 - Lactancia materna predominante
 - Fórmula predominante o exclusiva
- Con antecedentes de Bajo peso con:
 - Lactancia materna exclusiva
 - Lactancia materna predominante
 - Fórmula predominante o exclusiva

Prematuros según edad:

- Prematuros de 0 a 2 meses
- Prematuros de 3 a 5 meses
- Prematuros de 6 a 11 meses
- Prematuros de 12 a 23 meses

Clasificación de los datos por Subprogramas:

- Básico
- Refuerzo (gestantes bajo peso, niños/as desnutridos, nodriza con antecedente de bajo peso, niños/as con riesgo)

SECCIÓN A: DISTRIBUCIÓN (KILOS) A POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL SNSS. DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Corresponde a la distribución de kilos de alimentos entregados a los beneficiarios menores de 6 años, gestantes y nodrizas.

Registro en menores de 6 años: El estado nutricional condiciona el volumen de entrega de alimento, que se registrará según la clasificación del sub-programa Básico o Refuerzo.

Registro en Gestantes: El estado nutricional condiciona el volumen de entrega de alimento Purita Mama. Si en algún control la Gestante es diagnosticada como bajo peso, será beneficiaria del PNAC de refuerzo (3 kilos), aunque evolucione su situación nutricional a normalidad, sobrepeso u obesidad.

El registro de las personas se realiza en la sección C en el rubro gestante y los kilos de alimentos que retiran deben ser registrados en la sección A en el rubro gestante.

Esas gestantes, que siendo diagnosticadas como bajo peso mejoran su condición nutricional llegando a normalidad, sobrepeso u obesidad se registrarán en PNAC Básico sección C como personas, y los kilos de alimentos en Sección A en el rubro correspondiente a "PNAC Refuerzo" en columna de "bajo peso".

Casos Excepcionales: Solo en aquellas gestantes y nodrizas con Enfermedad Celiaca, diagnosticada por especialista Gastroenterólogo se hará entrega de Leche Purita Fortificada. Las casillas de Leche Purita Fortificada han quedado desbloqueadas solo para este fin. (Casilla de color anaranjado en REM)

Registro en Nodrizas: El antecedente de diagnóstico nutricional de Bajo Peso en cualquier periodo del embarazo y la condición de lactancia (Materna Exclusiva, Materna Predominante, Fórmula Predominante o Exclusiva), determina el volumen de entrega de Purita Mama en la nodriza.

En la columna de "Nodrizas" se deberán registrar todas las entregas de acuerdo a condición de lactancia independientemente sean a nodrizas de prematuros o nodrizas de niños/as de término y en las casillas de PNAC básico o refuerzo según corresponda.

Las Nodrizas con parto múltiple, reciben el beneficio de Purita Mama según la condición de lactancia y su estado nutricional. El N° de hijos no condiciona el beneficio de kilos Purita Mama. A cada hijo/a le corresponderá el beneficio como un beneficiario/a individual, si su condición de lactancia es materna predominante, fórmula predominante o fórmula exclusiva, pero la madre siempre retira 1 sola vez el beneficio de Purita Mama.

Cuando la condición de lactancia es "Lactancia Materna Predominante", los kilos de Purita Mama de la madre se registran en la casilla correspondiente bajo encabezado "Nodrizas" y el beneficio del hijo/a en la casilla que corresponda a Leche Purita Fortificada según grupo de edad, bajo encabezado "Menores de 6 años".

Las nodrizas que durante la gestación fueron diagnosticadas como enflaquecidas, mantienen el beneficio de retiro de alimento de 3 kilos de Purita Mama hasta el 6to mes post parto (mientras se encuentre lactando).

Nota: Las celdas del REM-D.15 de color anaranjado, correspondientes a "Leche Purita Fortificada", deben usarse para registrar la entrega excepcional del producto por enfermedad

celiaca a niños de 18 y más meses de edad, a gestantes y nodrizas con las causales de excepción antes señaladas.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registran, para cada Subprograma, los kilos de alimentos entregados a los beneficiarios clasificados por tipo de alimento y según los grupos programáticos de edad.

SECCIÓN B: DISTRIBUCIÓN PROGRAMA DE PREMATUROS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Corresponde a la distribución de alimentos entregados, (en gramos), clasificados por productos (fórmula de prematuro o continuación). Se incluye Leche Purita Fortificada, expresada en kilos, que se entrega solamente a Prematuros de 12 meses de edad gestacional corregida.

Se extiende la entrega de fórmula de prematuros hasta los 12 meses en aquellos prematuros con DBC (Displasia Broncopulmonar). La entrega del producto "Mi Sopita" corresponderá a los niños prematuros que se encuentran en estado nutricional de riesgo de desnutrir y/o desnutridos, retirando a los 6 meses de edad gestacional corregida, 2 kilos mensualmente.

Se entregara Purita Mama a la madre del prematuro según la condición de lactancia, registrándose en la casilla correspondiente bajo encabezado "Nodrizas".

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: se registra la cantidad, en gramos, de alimento entregado a la población beneficiaria, clasificados por productos (formula de prematuro o continuación), según los grupos programáticos por edad.

SECCIÓN C: NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SNSS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Corresponde al número de personas, que han recibido productos, por grupo programático y por subprograma, mensualmente. Para el caso de los niños/as que retiran "Mi Sopita" y pertenecen al Programa de Prematuros, deberán registrar en Sección C, en Programa Prematuros, según grupo de edad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: se registra el número de personas beneficiarias que han recibido alimentos, según grupo programático y por subprograma mensualmente.

SECCIÓN D: EXISTENCIA Y MOVIMIENTO TOTAL DE PRODUCTOS (INCLUYE BENEFICIARIOS DEL SNSS Y NO BENEFICIARIOS).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

De acuerdo a lo establecido en Ord. B2 N° 1030 de 22 de marzo del 2005 se señala que la sección "Existencia y Movimiento de Productos", es utilizada para el monitoreo y abastecimiento de alimentos por el Nutricionista Supervisor/a de los Programas Alimentarias de cada establecimiento para envío vía correo electrónico a referente técnico de la SEREMI de Salud antes del 3 día hábil de cada mes.

Para cada producto, se debe informar:

Saldo del mes anterior: Es el stock que existía en la bodega del Establecimiento de Salud, al terminar el mes anterior al informado. Corresponde por tanto al saldo inicial con que se empezó a operar en el mes del informe. Este registro debe incluir el total almacenado en el Establecimiento de Salud.

INGRESOS:

- De la Planta: Es la cantidad de kilos, de cada uno de los productos, que el Establecimiento recibió en el mes, desde la Planta Elaboradora, de bodega intermedia o centrales.
- Por traspaso: Es la cantidad de kilos, de cada uno de los productos, que el Establecimiento recibió en el mes, desde otro Establecimiento.
- Total disponible: Corresponde a la sumatoria del "Saldo del mes anterior" y los "Ingresos" (de la planta o por traspaso).

EGRESOS:

- Distribuido a beneficiario: Es la cantidad de kilos distribuidos a Beneficiarios del SNSS, por tipo de producto, en el mes.
- Distribuido a no beneficiario: Es la cantidad de kilos distribuidos a No Beneficiarios del SNSS (ISAPRE, FF.AA y FONASA libre elección), por tipo de producto, en el mes.
- Total: es la sumatoria de los kilos distribuidos a la población beneficiaria y no beneficiaria.
- Mermas: Se define como alimentos no aptos para el consumo de los beneficiarios como:
 - Alimentos detectados con falla organoléptica.
 - Con alteraciones físicas del envase.
 - Faltante en caja contenedora sellada.
 - Dañados por transporte.
- Solo para el caso de falla organoléptica se requiere sean declarados como tales en una Resolución Administrativa de la autoridad competente.
- Otros: Se registraran en este rubro, los kilos de productos, que se hayan egresado para demostraciones, donaciones (en caso de catástrofe) u otras razones muy bien justificadas.
- Traspasos: Es la cantidad de kilos, de cada uno de los productos, que el Establecimiento traspaso a otro Establecimiento.
- Saldo del mes siguiente: Corresponde al saldo que queda en la bodega al terminar el mes.

Necesidades:

- De bodega del establecimiento: Este rubro registra las necesidades para los establecimientos, por producto, para el mes subsiguiente al que se informa.
- De bodegas Centrales (Intermedias): Este rubro registra las necesidades para las bodegas, por producto, para el mes subsiguiente al que se informa. Este rubro lo llenan solo las SEREMIS de Salud que cuentan con bodegas para efectuar redistribución de alimentos. Deberá existir un registro de movimiento de existencia por cada bodega, solo con esta sección, detallando la información requerida para los pedidos mensuales, aun cuando no entreguen productos directamente a la población.
- Reposición: Se registraran los kilos entregados por las plantas por concepto de reposición de kilos faltantes en los pedidos.

SECCIÓN E: DISTRIBUCIÓN (KILOS) A POBLACIÓN NO BENEFICIARIA DEL SNSS (INCLUYE MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Corresponde a la distribución de kilos de alimentos entregados a los no beneficiarios, clasificados por tipo de alimento y grupos programáticos por edad.

Incluye la modalidad libre elección de FONASA, ISAPRES y FFAA. Vea lo señalado en la sección A.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E: Se registran, para cada Subprograma, los kilos de alimentos entregados a los no beneficiarios clasificados por tipo de alimento, según los grupos de edad programáticos.

Sección F: Distribución Programa de Prematuros a Población No beneficiaria del SNSS (incluye modalidad libre elección).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Corresponde a la distribución de alimentos entregados (en gramos) a la población No beneficiaria del SNSS, clasificados por productos (formula de prematuro o continuación), según los grupos programáticos por edad. Esta entrega requiere el control de salud del prematuro en el establecimiento y en el policlínico de seguimiento de prematuros, del SNSS.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Sección F: se registra la cantidad, en gramos, de alimento entregado a la población no beneficiaria clasificados por productos (fórmula de prematuro o continuación), según los grupos programáticos por edad.

SECCIÓN G: NÚMERO DE PERSONAS NO BENEFICIARIAS DEL SNSS (INCLUYE MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

Corresponde al número de personas No beneficiarias que han recibido productos, según grupo programático y por subprograma por edad mensualmente.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: se registra el número de personas NO beneficiarias que han recibido alimentos, según grupo programático y por subprograma mensualmente.

SECCIÓN H: NÚMERO DE REEVALUACIONES ANTROPOMÉTRICAS A POBLACIÓN NO BENEFICIARIA DEL SNSS. DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:

Corresponde a las evaluaciones antropométricas que se realizan a la Población No Beneficiaria del SNSS, por diagnóstico de mal nutrición por déficit o por prematurez, realizado por Nutricionista, a fin de confirmar en ambos casos su situación.

NOTA: La confección del REM debe ser realizado por el Encargado/a de la Bodega de Alimentos, siendo supervisada y validada por los Nutricionistas Supervisores/as de los Programas Alimentarios, en los respectivos Establecimientos de Salud de la Red y en las Bodegas Centrales (Intermedias) cuando corresponda.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN H:

Sección H: Se registra el total de evaluaciones antropométricas que se realizan a la Población No Beneficiaria del SNSS, por diagnóstico de mal nutrición por déficit o prematurez, a fin de confirmar en ambos casos su situación.

REVISIÓN LOGICA ARITMETICA

Verificar que la Sección C, sea consistente con la Sección A, teniendo presente que según norma técnica cada grupo recibe mensualmente una cantidad de kilos de alimento preestablecida (concentración), por lo tanto multiplicando la concentración por el número de beneficiarios se debe obtener la cantidad de kilos entregados.

Nota: pueden existir pequeñas diferencias que obedecen a excepciones de la Norma Técnica como es el caso de los celíacos y prematuros.

Los kilos distribuidos, por tipo de producto, según la sección A más la sección E, debe corresponder con distribuido a beneficiarios y no beneficiarios por tipo de producto de la sección D.

Comprobar que el saldo del mes anterior sea coincidente con lo informado como "saldo mes siguiente" en el REM correspondiente al mes anterior.

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-D.16 PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM)

El Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor es un programa de salud enfocado a realizar actividades de apoyo nutricional preventivo y de recuperación, mediante el cual se distribuye alimentos a adultos mayores beneficiarios de FONASA y PRAIS, por medio de establecimientos pertenecientes al Sistema Nacional de los Servicios de Salud o adscritos a él.

ESTRUCTURA REM-D.16

Sección A: Distribución De Crema Años Dorados Y Bebida Láctea (Kilos De Alimentos).

Sección B: Número De Personas Que Retiran Alimentos Del SNSS.

Sección C: Existencia Y Movimiento De Alimentos.

Sección D: Número De Personas Que Retiran Alimentos En El Programa De Reparación Y Atención Integral De Salud (PRAIS).

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-D.16

ALIMENTOS:

- Crema Años Dorados
- Bebida Láctea Años Dorados

Grupos Programáticos:

- Adulto Mayor de 70 años y más, Ley N°18.469. (FONASA)
- Adulto Mayor de 65 años y más, Ley N°18.469 que inicien, se encuentren o terminen tratamiento antituberculoso.
- Adulto Mayor de 65 años y más, Ley N°18.469 que pertenezcan o hayan pertenecido al Programa Chile Solidario y/o ingreso ético familiar.
- Adulto Mayor de 60 años y más, Ley N°18.469 beneficiarios de Programas Hogar de Cristo.
- Adultos Mayores que presenten los requisitos antes mencionados y pertenezcan a ISAPRE siendo beneficiarios del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud PRAIS (Ord. B34/ 3560 del 30 de Octubre, 2013).

SECCIÓN A: DISTRIBUCIÓN DE CREMA AÑOS DORADOS Y BEBIDA LÁCTEA. DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Corresponde a la distribución de kilos de "Crema Años Dorados" y "Bebida Láctea", según los distintos grupos programáticos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registra los kilos de alimentos distribuidos, según los distintos grupos programáticos.

Sección B: Número de personas que retiran alimentos del SNSS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Corresponde al número de personas que retiraron alimentos crema años dorados y bebida láctea y además las personas ingresadas al PACAM y los inasistentes del mes.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: se registra el número de personas que retiraron alimentos crema años dorados y bebida láctea. Además, se registran las personas ingresadas al PACAM y los insistentes del mes.

SECCIÓN C: EXISTENCIA Y MOVIMIENTO DE ALIMENTOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

De acuerdo a lo establecido en Ord. B2 N° 1030 de 22 de marzo del 2005 se señala que la sección "Existencia y Movimiento de Productos", es utilizada para el monitoreo y abastecimiento de alimentos por el Nutricionista Supervisor/a de los Programas Alimentarias de cada establecimiento para envío vía correo electrónico a referente técnico de la SEREMI de Salud antes del 3 día hábil de cada mes.

Por cada producto se debe informar:

Saldo del mes anterior: Es el stock que exista en la bodega del Establecimiento de Salud, al terminar el mes anterior al informado. Corresponde por tanto al saldo inicial con que se empezó a operar en el mes del informe. Este registro debe incluir el total almacenado en el Establecimiento de Salud.

INGRESOS:

- De la Planta: Es la cantidad de kilos, de cada uno de los productos, que el Establecimiento recibió en el mes, desde la Planta Elaboradora, de bodega intermedia o centrales.
- Por traspaso: Es la cantidad de kilos, de cada uno de los productos, que el Establecimiento recibió en el mes, desde otro Establecimiento.

- Total disponible: Corresponde a la sumatoria del “Saldo del mes anterior” y los “Ingresos” (de la planta o por traspaso).

EGRESOS:

- Distribuido a beneficiario: Es la cantidad de kilos distribuidos a Beneficiarios del SNSS, por tipo de producto, en el mes.
- Distribuido a no beneficiario: Es la cantidad de kilos distribuidos a No Beneficiarios del SNSS (ISAPRE, FF.AA y FONASA libre elección), por tipo de producto, en el mes.
- Total: es la sumatoria de los kilos distribuidos a la población beneficiaria y no beneficiaria.
- Mermas: Se define como alimentos no aptos para el consumo de los beneficiarios como:
 - Alimentos detectados con falla organoléptica.
 - Con alteraciones físicas del envase.
 - Faltante en caja contenedora sellada.
 - Dañados por transporte.
- Solo para el caso de falla organoléptica se requiere sean declarados como tales en una Resolución Administrativa de la autoridad competente.
- Otros: Se registrarán en este rubro, los kilos de productos, que se hayan egresado para demostraciones, donaciones (en caso de catástrofe) u otras razones muy bien justificadas.
- Traspasos: Es la cantidad de kilos, de cada uno de los productos, que el Establecimiento traspasa a otro Establecimiento.
- Saldo del mes siguiente: Corresponde al saldo que queda en la bodega al terminar el mes.

Necesidades:

- De bodega del establecimiento: Este rubro registra las necesidades para los establecimientos, por producto, para el mes subsiguiente al que se informa.
- De bodegas Centrales (Intermedias): Este rubro registra las necesidades para las bodegas, por producto, para el mes subsiguiente al que se informa. Este rubro lo llenan solo las SEREMIS de Salud que cuentan con bodegas para efectuar redistribución de alimentos. Deberá existir un registro de movimiento de existencia por cada bodega, solo con esta sección, detallando la información requerida para los pedidos mensuales, aun cuando no entreguen productos directamente a la población.
- Reposición: Se registrarán los kilos entregados por las plantas por concepto de reposición de kilos faltantes en los pedidos.

Cabe señalar que aquellas SEREMIS de Salud que cuentan con Bodegas Centrales (Intermedias) que distribuyen a los distintos Establecimientos, deberán confeccionar una planilla REM completando solo esta sección con la información requerida, aun cuando no entreguen productos a las personas beneficiarias del programa.

SECCIÓN D: NÚMERO DE PERSONAS QUE RETIRAN ALIMENTOS EN EL PROGRAMA DE REPARACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (PRAIS).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Corresponde al número de personas afiliados a Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que se encuentren acreditados para pertenecer a PRAIS, que retiraron alimentos crema años dorados y bebida láctea, además las personas ingresadas al PACAM y los inasistentes del mes.

NOTA: La confección del REM debe ser realizado por el Encargado/a de la Bodega de Alimentos, siendo supervisada y validada por los Nutricionistas Supervisores/as de los Programas Alimentarios, en los respectivos Establecimientos de Salud de la Red y en las Bodegas Centrales (Intermedias) cuando corresponda.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D: se registra los kilos de alimentos distribuidos, según los distintos grupos programáticos correspondientes a PRAIS. Además, se registran las personas ingresadas al PACAM y los insistentes del mes.

REVISIÓN LOGICA ARITMÉTICA

Verificar que las Secciones A, B, C y D sean consistentes, teniendo presente que según norma técnica cada grupo recibe mensualmente una cantidad de kilos de alimento preestablecida (concentración), por lo tanto multiplicando la concentración por el número de beneficiarios se debe obtener la cantidad de kilos distribuidos.

Nota: Comprobar que el saldo del mes anterior sea coincidente con lo informado como "saldo mes siguiente" en el formulario correspondiente al mes anterior.

REM 2014-2016

SERIE P

**RESUMEN ESTADISTICO REM-P1
POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER Y FAMILIA**

ESTRUCTURA REM-P.01

Atención Primaria De Salud.

Sección A: Población En Control Según Método De Regulación De Fertilidad.

Sección B: Gestantes En Control Con Riesgo Psicosocial.

Sección C: Gestantes En Riesgo Psicosocial Con Visita Domiciliaria Integral Realizada En El Semestre.

Sección D: Gestantes Y Mujeres De 8° Mes Post-Parto En Control, Según Estado Nutricional.

Sección E: Mujeres Y Gestantes En Control Con Consulta Nutricional.

Sección F: Mujeres En Control De Climaterio.

Nivel Secundario

Sección G: Población En Control Por Patologías De Alto Riesgo Obstétrico.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.01

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN MÉTODO DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

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

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

Existe la excepción de las mujeres en control por el método Dispositivo Intrauterino, que después de diez años de inasistencia en que no ha sido removido este dispositivo, deja de ser población bajo control. Lo mismo ocurre con el método de Implante, que después de cuatro años de inasistencia de la mujer y en que no haya sido removido este método, deja de ser población bajo control.

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

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

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

Mujeres con Retiro de Implante Anticipado den el semestre (antes de los 3 años): corresponde a las mujeres que se encuentran en control por el programa, las cuales han utilizado este método anticonceptivo hormonal y se les ha retirado anticipadamente desde su colocación, esto es antes de los 3 años.

El implante de progestágeno: es un anticonceptivo colocado subcutáneamente que libera esteroide a un ritmo constante en dosis diarias muy pequeñas suficiente para obtener el efecto anticonceptivo deseado.

Método de Regulación de Fertilidad más Preservativo: corresponde a las mujeres que se encuentran en control por el Programa de Regulación de Fertilidad que utilizan cualquier método anticonceptivo más Preservativo. Con el fin de lograr una adecuada salud reproductiva, reduciendo la mortalidad materna-perinatal, el embarazo no planificado y prevención de Infecciones Transmisión Sexual. Los métodos utilizados pueden ser: Dispositivo Intrauterino (DIU) más Preservativos, Hormonal (Oral combinado y progestágeno, Inyectable combinado y progestágeno e Implante) más Preservativos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registra el número de mujeres que se encuentran bajo control en el programa a la fecha de corte (30 de Junio o 31 de Diciembre), por método anticonceptivo y según edad de las mujeres controladas.

Las mujeres bajo control pertenecientes a "pueblos originarios" deben estar contenidas en los registros según edad de las mujeres controladas, por método anticonceptivo.

Las mujeres bajo control que "padecen de enfermedades cardiovasculares (diabetes y/o hipertensión)" NO deben estar contenidas en los registros según edad de las mujeres controladas, es un dato ilustrativo de aquellos ingresos al programa.

Las mujeres con "retiro de implante anticipado" NO deben estar contenidas en los registros según edad de las mujeres controladas es un dato ilustrativo de aquellos ingresos al programa.

Las mujeres con Método de Regulación de Fertilidad más Preservativo, NO deben estar contenidas en los registros según edad de las mujeres controladas es un dato ilustrativo de aquellos ingresos al programa.

SECCIÓN B: GESTANTES EN CONTROL CON RIESGO PSICOSOCIAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

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

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

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

Gestantes en riesgo psicosocial: Corresponde a las mujeres gestantes que, a la fecha del corte, han sido controladas por su embarazo y que presentan riesgo psicosocial.

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: se registra el número total de mujeres gestantes, las gestantes que se encuentran en riesgo psicosocial y las gestantes que presentan violencia de género, que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, según edad de las mujeres gestantes controladas.

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

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

SECCIÓN C: GESTANTES EN RIESGO PSICOSOCIAL CON VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL REALIZADA EN EL SEMESTRE.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Visita Domiciliaria Integral: es una modalidad de prestación de salud en domicilio, caracterizada como la actividad de "relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia, solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en que la necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante, como base de un trabajo de apoyo acompañamiento al grupo familiar. Esta actividad debe ser acordada con la familia y es realizada por un equipo del establecimiento que puede estar compuesta por médico y/o profesionales (Enfermera, Matrona, Trabajadores Sociales, etc.).

N° Gestantes con VDI: corresponde al número de gestantes en riesgo psicosocial que a la fecha del corte han recibido 1, 2, 3, 4 o más visitas domiciliarias integrales.

Total de Visitas: corresponde a la cantidad de visitas domiciliarias integrales realizadas a pacientes en riesgo psicosocial.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: se registra el número de mujeres gestantes en riesgo psicosocial que recibieron 1 o más visitas domiciliarias integrales en el semestre.

El registro de las gestantes que reciben 4 o más visitas domiciliarias integrales en el semestre, deberá especificar el número total de visitas efectuadas por gestante controlada.

SECCION D: GESTANTES Y MUJERES DE 8° MES POST-PARTO EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D: se registra el número de mujeres gestantes bajo control a la fecha de corte según edad y clasificación de su estado nutricional.

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

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

SECCION E: MUJERES Y GESTANTES EN CONTROL CON CONSULTA NUTRICIONAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

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

Las mujeres gestantes reciben consulta nutricional por malnutrición por déficit (bajo peso) o por exceso (sobrepeso y obesidad) y las mujeres en etapa de puerperio reciben consulta nutricional al 3° y 6° mes post parto.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E: se registra el número de mujeres y gestantes que se encuentran bajo control a la fecha de corte y han recibido "consulta nutricional", por malnutrición por déficit o exceso.

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

SECCION F: MUJERES EN CONTROL DE CLIMATERIO

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Población en Control: Corresponde a las mujeres, entre 45 y 64 años, que han sido atendidas en el Programa de Control de Climaterio, por Médico Gineco-Obstetra o Matrona, a la fecha de corte.

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

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

Menopause Rating Scale (MRS): es una escala bien definida estandarizada de autoevaluación de los síntomas menopáusicos que permiten, de una manera práctica y relativamente rápida, evaluar las condiciones en que se encuentra la mujer y a su vez evaluar el impacto de cualquier intervención médica en relación a diferentes aspectos que apuntan a mejorar la Calidad de Vida de la Mujer Menopáusica.

Corresponde a las mujeres que han sido atendidas en el Programa de Control de Climaterio, por Médico Gineco-Obstetra o Matrona, a la fecha de corte.

Mujeres con pauta aplicada MRS: se refiere a las mujeres que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, a las cuales se les ha aplicado la Pauta MRS.

Mujeres con puntaje elevado de MRS: corresponde a las mujeres que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, a las cuales se les ha aplicado la Pauta MRS y que su resultado es igual o mayor a 23 puntos, cuyos resultados son: 23 a 33 que se refiere a “molestia severa” o 34 a 44 que se refiere a “molestia intolerable”.

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

Son las mujeres que en la Escala MRS obtienen el puntaje necesario para ser candidatas a utilizar esta terapia. Se miden los ámbitos de compromiso de calidad de vida de la mujer climatérica, que tengan riesgo cardiovascular y/o riesgo de osteoporosis.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Sección F: se registra el número total de mujeres en control de climaterio a la fecha de corte. Además, se registra el número de mujeres bajo control con “pauta aplicada MRS”, el número de mujeres que obtuvieron “puntaje elevado de MRS”, y el número de mujeres con “terapia hormonal de reemplazo según MSR”.

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

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

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

NIVEL SECUNDARIO

SECCION G: POBLACIÓN EN CONTROL POR PATOLOGÍAS DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

Corresponde a las mujeres gestantes que se encuentran bajo control por Médico Obstetra en las Unidades de Alto Riesgo Obstétrico del Nivel, por ser portadoras de una o más de las siguientes patologías: Preeclampsia (PE), Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE), Factores de riesgo y condicionantes de Parto Prematuro, Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU), Sífilis, VIH, Diabetes, Cesárea anterior, Malformación Congénita y Otras patologías (HTA, Crónica, Nefropatía, Cardiopatía, etc.).

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: se registra el número de mujeres gestantes en control a la fecha de corte, que son contraladas por patologías de alto riesgo obstétrico, según la patología o las patologías que padecen.

RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P2 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO

ESTRUCTURA REM-P.02

Sección A: Población En Control, Según Estado Nutricional.

Sección B: Población En Control Según Resultado De Pauta De Observación De La Relación Vincular.

Sección C: Población En Control Según Resultado De Evaluación Del Desarrollo Psicomotor.

Sección D: Población Menor De 1 Año En Control, Según Score Riesgo En Ira Y Visita Domiciliaria Integral En El Semestre.

Sección E: Población En Control En El Semestre Con Consulta Nutricional, Según Estrategia.

Sección F: Población Inasistente A Control Del Niño Sano (Al Corte).

Sección G: Población Infantil Según Diagnóstico De Presión Arterial (Incluida En Sección A).

Sección H: Población Infantil Eutrófica, Según Riesgo De Malnutrición Por Exceso (Incluida En Sección A).

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.02

SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Total de niños en control: Corresponde a la población infantil de niños (as) menores de 9 años que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, y que han sido evaluados según su estado nutricional, de acuerdo a la Norma vigente y los indicadores peso/edad, peso/talla, talla/edad, por desviaciones estándar y diagnóstico de Estado Nutricional Integrado: Normal, Riesgo de Desnutrir, Desnutrido, Sobrepeso, Obeso y Desnutridos Secundarios.

Se consideran también, a los niños (as) cuyos controles han sido realizados por Matrona al Recién Nacido en actividad Puerpéra – Recién Nacido, o por Médico o Enfermera desde el Recién Nacido hasta los 9 años de edad, siempre que tengan una citación para un próximo control con Médico o Enfermera y/o consulta con Nutricionista en los grupos de niños de 5 meses y 3 años 6 meses con Estado Nutricional Normal, hasta un plazo máximo de inasistencia según edad:

- Menores de 1 año: 3 meses de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.
- De 12 a 23 meses: 6 meses de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.
- De 24 meses hasta 5 años 11 meses: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

- De 6 años hasta 9 años: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

Periodo durante el cual, debe activarse el sistema de rescate de inasistentes.

Al pasar los plazos de inasistencia según edad, desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa; o por egreso: si se constata que el niño(a) no es ubicable, ha cambiado de previsión de salud, se ha inscrito en otro Centro de Salud, o ha fallecido.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registra el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), especificando los indicadores nutricionales y parámetros de medición. Además se registran los niños (as) que pertenecen o se auto reconocen con pueblo indígena u originario.

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

El diagnóstico nutricional integrado no necesariamente debe ser concordante con la clasificación de los 3 indicadores Peso/Edad, Peso/Talla, Talla/Edad, así:

- los niños y niñas que caen en -1 DS no necesariamente son todos riesgo nutricional (Riesgo de desnutrir), algunos pueden ser eutróficos (Normales) (delgados constitucionales).
- pero sí todos los niños(as) con -2 DS P/E hasta 1 año *(hasta 11 meses 29 días) o -2 DS P/T en los mayores de 1 año *(de 12 meses, hasta 5 años 11 meses 29 días), serán clasificados como desnutridos.
- también los niños(as) $+2$ DS y $+1$ DS serán diagnosticados como obesos y sobrepeso, respectivamente.

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

SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN RESULTADO DE PAUTA DE OBSERVACIÓN DE LA RELACIÓN VINCULAR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Corresponde a los niños y niñas de 4 y 12 meses de edad que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, a los cuales se les ha aplicado la "Pauta de Observación de la Relación Vincular", (Escala Massie-Campbell)* integrada al control de salud, obteniendo los siguientes resultados: Apego Seguro, Apego Evitante o Apego Ambivalente.

La aplicación de la "Pauta de Observación de la Relación Vincular" es un Indicador de Apego Madre-Hijo/Hija en Situaciones de Stress (abreviada como la escala ADS) se aplica en los Controles de Salud a los 4 y 12 meses de edad, como parte de la evaluación del desarrollo integral del niño y la niña en el ciclo vital y como una actividad relacionada a las gestantes del Programa "Chile Crece Contigo". Esta pauta será aplicada por profesionales con entrenamiento y certificación (validados) por el Ministerio de Salud cada 3 años.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: se registra el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), especificando el resultado obtenido en la pauta de observación de la relación vincular aplicada.

SECCIÓN C: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN RESULTADO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: se registra el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), especificando el resultado obtenido de la evaluación del desarrollo psicomotor aplicada.

SECCIÓN D: POBLACIÓN MENOR DE 1 AÑO EN CONTROL, SEGÚN SCORE RIESGO EN IRA Y VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL EN EL SEMESTRE.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Corresponde a los niños y niñas que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, de 1 a 12 meses, que ha recibido la aplicación del score de riesgo de morir por bronconeumonía, según norma, integrado al control de salud. Obteniendo los siguientes resultados: Riesgo Leve, Riesgo Moderado, Riesgo Grave.

Además se consigna el total de niños que han recibido visita domiciliaria integral según el score de riesgo obtenido, al corte.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D: se registra el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad, especificando el resultado obtenido en la aplicación de score riesgo en IRA.

SECCION E: POBLACIÓN EN CONTROL EN EL SEMESTRE CON CONSULTA NUTRICIONAL, SEGÚN ESTRATEGIA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Corresponde a los niños y niñas que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, clasificados como Normal según estado nutricional y han recibido consulta nutricional a los 5 meses y a los 3 años 6 meses, según norma vigente.

Información: los niños y niñas que antes de esta edad ya presentaban malnutrición por exceso (Sobrepeso, Obeso) o por déficit (Riesgo de desnutrir o Desnutrido) ya se encuentran en consulta con Nutricionista.

(*) Fuente: "Manual para el Apoyo y seguimiento de Desarrollo Psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años" MINSAL, Septiembre 2008. Resolución Exenta 454, 29 Julio 2008.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E:

Consulta Nutricional del 5to mes: corresponde registrar el número de niños que han recibido esta consulta durante el semestre, del total de niños que al momento del corte se encuentran bajo control, cumpliendo con las especificaciones técnicas antes mencionadas.

Consulta de los 3 años y 6 meses: corresponde registrar el número de niños que han recibido esta consulta durante el semestre, del total de niños que al momento del corte se encuentran bajo control, cumpliendo con las especificaciones técnicas antes mencionadas.

SECCION F: POBLACIÓN INASISTENTE A CONTROL DEL NIÑO SANO (AL CORTE).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Corresponde a los niños(as) que no acudieron a control el día que estaban citados y que se encuentran en los plazos máximos de inasistencia según edad.

Se considera inasistente a todo niño(a) que no haya asistido a control el día que estaba citado hasta un plazo máximo según edad:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Sección F: se registra el número de niños(as) que se encuentran "inasistentes" a su control de salud, a la fecha de corte, por grupo de edad.

SECCIÓN G: POBLACIÓN INFANTIL SEGÚN DIAGNÓSTICO DE PRESIÓN ARTERIAL (Incluida en la sección A).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

Es la medición de Presión Arterial a los niño(a)s bajo control, al corte, entre 3 y 9 años que se realizará en el Control de Salud.

La medición se clasificará en Normal (PA menor al percentil 90), Pre-Hipertensión (PA entre percentil 90 al 95), Etapa 1 (PA percentil 95 al 99) y Etapa 2 (PA mayor al percentil 99).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: se registra el número de niño(a)s según resultado de medición de Presión Arterial, a la fecha de corte, por grupo de edad. El total de niño(a)s por grupo etario no puede ser mayor que la población bajo control de los grupos etarios específicos incluidos en la sección A.

SECCIÓN H: POBLACIÓN INFANTIL EUTRÓFICA, SEGÚN RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO (Incluida en la sección A).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:

Se registra el número de niño(a)s eutróficos bajo control, al corte, que han sido atendidos en Control de Salud o Consulta Nutricional a los que se les evaluará su estado nutricional y se verificará si tienen o no riesgo de malnutrición por exceso.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN H:

Sección H: se registra el número de niño(a)s eutróficos a los que se les evalúa el riesgo de mal nutrir por exceso. El Total de niño(a)s evaluados no debe ser mayor a los presentes en la población bajo control de niño(a)s presentes en la sección A y catalogado con diagnóstico nutricional integrado 'normal'.

**RESUMEN ESTADISTICO REM-P3
POBLACIÓN EN CONTROL - POBLACIÓN EN CONTROL OTROS PROGRAMAS**

ESTRUCTURA REM-P.03

Sección A: Existencia De Población En Control.

Sección B: Cuidadores De Pacientes Con Dependencia Severa.

Sección C: Población En Control En Programa De Rehabilitación Pulmonar En Sala Ira-Era.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.03

SECCIÓN A: EXISTENCIA DE POBLACIÓN EN CONTROL:

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

POBLACIÓN EN CONTROL:

Personas en control con Médico, Enfermera/o, Kinesiólogo/a y/o Nutricionista, según grupo de edad, sexo, problema de salud o condición, a la fecha de corte y que tienen una citación para un próximo control con alguno de estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia.

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

En particular, para menores de 10 años, se tiene lo siguiente:

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

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

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

Los niños/as prematuros con menos de 1.500 gramos o la menor de 32 semanas de gestación, son controlados para su evaluación y seguimiento hasta los 7 años de vida.

Síndrome Bronquial Obstructiva Recurrente (SBOR): Cuadro clínico de 3 o más episodios de obstrucción bronquial durante los dos primeros años de vida. Se deben categorizar en Leve, Moderado y Severo es una enfermedad que afecta a los bronquios. Se caracteriza por la

inflamación y estrechamiento de la pared bronquial e hipersecreción de mucus (flemas) que se acumula en el interior (lumen), lo cual lleva a la obstrucción de los bronquios dificultando el paso del aire.

Asma Bronquial: Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizada por obstrucción bronquial a distintos estímulos, total o parcialmente reversible, cuya evolución puede conducir a una modificación estructural de dichas vías (remodelación), provocando una obstrucción bronquial no reversible. Las personas bajo control con diagnóstico confirmado según norma Minsal, deben categorizarse en Leve (Clasificación Intermittente y Persistente leve), Moderado (Clasificación Persistente moderada) y Severo (Clasificación Persistente Severa)

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

Otras Respiratorias Crónicas: Personas en control por enfermedades respiratorias crónicas, incluye las siguientes patologías: displasia broncopulmonar, enfermedad pulmonar difusa, LCFA, silicosis, enfisema pulmonar, bronquiectasias, malformaciones pulmonares congénitas, disquinesia ciliar, bronquiolitis obliterante, neumoconiosis.

Oxígeno Dependiente: Personas en control por enfermedades respiratorias crónicas que requieren de oxígeno como parte de su tratamiento y usuarios pertenecientes a los programas ventilatorios en control.

Fibrosis Quística: es la enfermedad autosómica recesiva letal más frecuente en raza blanca, con defecto de la proteína CFTR que provoca un trastorno del transporte de cloro y sodio por las células de los epitelios respiratorios, páncreas. La eliminación del sudor con altas concentraciones de cloro confirman el diagnóstico.

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

Enfermedad De Parkinson: Personas en control por enfermedad neurodegenerativas denominada Parkinson. **Artrosis De Cadera Y Rodilla:** Personas en control por enfermedad articular situada en caderas o rodillas.

Artrosis De Cadera Y Rodilla: Personas en control por enfermedad articular situada en caderas o rodillas.

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

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

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

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

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

Dependencia Severa No Oncológica: Personas que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, en control, que en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 20 y 35 puntos (Dependencia Grave) o un puntaje menor a 20 puntos (Dependencia Total), y no padecen alguna patología cancerígena.

Dependencia Severa Con Escaras (*): Personas que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, en control, por discapacidad severa tanto Oncológica como No Oncológica, que padecen escaras: lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de presión prolongada sobre prominencias Óseas o cartilaginosa.

Programa de Atención Domiciliaria por Dependencia Severa: Programa destinado a beneficiar a pacientes, del Sistema Público de Salud, que presentan una discapacidad severa y/o deterioro crónico de su estado de salud. Incluye pacientes con enfermedad terminal, pacientes hospitalizados que padece discapacidad severa y que han sido dados de alta precozmente, Personas con pérdida de funcionalidad por enfermedades agudas o de rápida evolución, etc.

Total Personas Con Dependencia Severa corresponde a las personas que presentan dependencia severa y se encuentran bajo control en establecimientos de salud, recibiendo prestaciones en domicilio. Cuenta con cuidador con o sin apoyo monetario..

Total Personas Con Escaras: corresponde a las personas que padecen dependencia severa y se encuentran bajo control en establecimientos de salud que padecen escaras: lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilaginosa. Cuenta con cuidador con o sin apoyo monetario.

Número Total de Personas con cuidador que recibe apoyo monetario: corresponde a las personas que presentan dependencia severa y se encuentran bajo control en establecimientos de salud, recibiendo prestaciones en domicilio y que cuentan con cuidador con apoyo monetario.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: Corresponde al registro de número de personas que ingresan a los distintos programas, se registra por patologías y/o condiciones. Por ejemplo si un paciente padece Asma bronquial y Artrosis de cadera y rodilla, se ha de registrar en ambas patologías.

Respecto a la Población de Pacientes con Dependencia Severa:

Los Pacientes dependientes se registraran según condición, la suma de los pacientes con Dependencia Severa Oncológicos y No Oncológicos debe ser el total de pacientes con Dependencia Severa en control.

La existencia de Pacientes Postrados con Escaras, debe estar incluida en el número de Pacientes con Discapacidad Severa Oncológicos o en el número de Pacientes con Dependencia Severa No Oncológicos.

En relación a los pacientes con Discapacidad Severa que pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria por Discapacidad Severa, se debe tener en cuenta que:

Dependencia Severa - Programa Atención Domiciliaria Por Discapacidad Severa corresponde al número de pacientes (Oncológicos y No Oncológicos), que son beneficiarios del programa. Este registro debe estar incluido en el número total de pacientes dependientes severos es decir, Oncológicos y No Oncológicos.

Dependencia Severa Con Escaras - Programa Atención Domiciliaria Por Discapacidad Severa corresponde al número de pacientes dependientes severos con escaras (Oncológicos y No Oncológicos), que son beneficiarios del programa. Este registro debe estar incluido en los dependientes severos que pertenecen al programa

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

SECCION B: CUIDADORES DE PACIENTES POR DEPENDENCIA SEVERA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Programa de Atención Domiciliaria por Dependencia Severa:

Programa destinado a beneficiar a pacientes, del Sistema Público de Salud, que presentan una discapacidad severa y/o deterioro crónico de su estado de salud. Incluye pacientes con enfermedad terminal, pacientes hospitalizados que padece discapacidad severa y que han sido dados de alta precozmente, personas con pérdida de funcionalidad por enfermedades agudas o de rápida evolución, etc.

Número de Cuidadores: Personas responsables de entregar cuidados, protección y prevención a pacientes que presentan dependencia y/o deterioro crónico de su estado. Cuenta con o sin apoyo monetario

Total de cuidadores del programa: Personas encargadas de entregar cuidados a pacientes en condición de Dependencia Severa y que son beneficiarios de Programa Atención Domiciliaria.

Cuidadores con Apoyo Monetario (estipendio): Pago a cuidadores, concebido como asignación monetaria dirigida a Cuidadores y que cumplan con los criterios de inclusión y compromisos adquiridos.

Cuidadores Capacitados: Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para asumir los cuidados integrales a personas con dependencia severa.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: Corresponde al total de personas cuidadoras de pacientes con dependencia severa. Se debe registrar el Número Total de Cuidadores, además de los Cuidadores de Pacientes con Dependencia Severa que son beneficiarios del Programa de Atención Domiciliaria.

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

Corresponde, además, el registro de los cuidadores del programa los que reciben estipendio, número de personas que debiese ser igual al número de cuidadores del Programa de Atención Domiciliaria.

SECCION C: POBLACION EN CONTROL EN PROGRAMA DE REHABILITACION PULMONAR EN SALA IRA-ERA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

REHABILITACION PULMONAR: Intervención multidisciplinaria, para pacientes con patología respiratoria crónica sintomáticos y con reducción de actividades de la vida diaria, destinada a reducir síntomas, mejorar capacidad funcional, mejorar la autovalencia y reducir costos de salud mediante la estabilización y control de las manifestaciones sistémicas de la enfermedad. Sus componentes son principalmente Educación y Entrenamiento físico.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: En esta sección se ingresa el acumulado de personas que finalizaron un programa de Rehabilitación Pulmonar en las salas IRA-ERA y mixtas según patología, por grupo etario y sexo, que se encuentran activos dentro del tarjetero.

**RESUMEN ESTADISTICO REM-P4
POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV).**

ESTRUCTURA REM-P.04

Sección A: Programa Salud Cardiovascular (PSCV).
Sección B: Metas De Compensación.
Sección C: Variables De Seguimiento Del PSCV Al Corte.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.04

SECCIÓN A: PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

NUMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PSCV.

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PSCV con Medico, Enfermera/o, o Nutricionista, por grupos de edad y sexo, con una citación para estos profesionales y hasta un plazo máximo de inasistencia de 11 meses 29 días, desde la última citación, a la fecha del corte. Periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de inasistentes.

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

En el marco de atención integral, se registra solo una persona aunque esta tenga más de un problema de salud cardiovascular.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR:

Corresponde al número de personas en control en el PSCV, que fueron clasificadas en el control de salud cardiovascular, según riesgo: Bajo, Moderado, Alto y Muy Alto, a la fecha de corte.

PERSONAS BAJO EN CONTROL SEGUN PATOLOGIAS Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA):

Corresponde al número de personas en control en el Programa de Salud Cardiovascular, diagnosticados como Hipertensos, Diabéticos, Dislipidemicos⁵, y que presentan los riesgos de: Tabaquismo, Obesidad, Antecedentes de Infarto o Antecedentes de Enfermedad Cerebro Vascular la fecha de corte.

Si una persona presenta una o más patologías y uno o más riesgos se registraran en cada una de ellas.

DETECCION Y PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

DETECCION Y PREVENCIÓN DE ERC:

Corresponde al número de personas que están en control en el PSCV, según grupo de edad y sexo, a las que se les ha aplicado, integrada al control, la "Pauta de detección de Enfermedad Renal Crónica" a la fecha de corte.

Clasificación:

Sin enfermedad renal crónica: Pacientes diabéticos e hipertensos en Programa Salud Cardiovascular que tienen:

- Examen de orina normal (sin proteínas: macro o microalbuminuria) u otras alteraciones que indican daño renal (ej. cilindros).
- Velocidad de Filtración Glomerular (VFG) igual o mayor a 90 ml/min.

La identificación de etapas en evaluación de función renal se relaciona con la VELOCIDAD FILTRACION GLOMERULAR (VFG)⁶, la que se calcula de acuerdo el resultado de Creatinina entregado por el laboratorio, y según operaciones matemáticas:

- Informada por el laboratorio: _____ ml/min x 1.73 m² (según resultado de la creatinina)
- Calculo fórmula Cockcroft-Gault: $(140 - \text{edad}) \times \text{peso} = _ \text{ ml/min} \times 1.73 \text{ m}^2 \text{ Creatinina} \times 72$

Si es mujer resultado por 0.85 =

_____ ml/min x 1.73 m²

C.- Uso de calculadora electrónica: _____ ml/min x 1.73 m²

(Internet/palm/otro)

Y de acuerdo al resultado se clasifica de la siguiente forma:

- Etapa 1 y 2 (VFG \geq 60 ml/min.)
- Etapa 3 (VFG \geq 30 a 59 ml/min.)
- Etapa 4 (VFG \geq 15 a 29 ml/min.)
- Etapa 5 (VFG < 15 ml/min.)

Fuentes:

“Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes”, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de programa de las Personas, programa de salud del Adulto MINSAL, OPS, OMS, 2002”

“Dislipidemias”, División de Salud de las Personas, Programa de Salud del Adulto MINSAL, 2000.

¹ Fuente: “Implementación del Enfoque de Riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular”, Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Enfermedades no Transmisibles, MINSAL, Junio 2009.

Fuentes:

Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes”, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de programa de las Personas, programa de salud del Adulto MINSAL, OPS, OMS, 2002”

“Dislipidemias”, División de Salud de las Personas, Programa de Salud del Adulto MINSAL, 2000.

4 Fuente: “Implementación del Enfoque de Riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular”, Subsecretaría de Salud Pública, División Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Enfermedades no Transmisibles, MINSAL, Junio 2009.

Fuentes:

“Manejo Alimentario del Adulto con Sobrepeso y Obesidad” MINSAL, OPS, Mayo 2002.

“La Cesación del Consumo del Tabaco” MINSAL, OPS, Octubre 2003.

6 Fuentes:

“Formulario Detección Enfermedad Renal Crónica”, MINSAL, Enero 2011.

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registra el número de personas en control de PSCV, por grupo de edad y sexo, clasificados según riesgo cardiovascular (bajo, moderado, alto, muy alto), según patología y factores de riesgo (Hipertensos, Diabéticos, Dislipidémicos, Tabaquismo, Obesidad Antecedentes De Infarto (IAM), Antecedentes De Enf. Cerebro Vascular (AVC). Además de registrar el número de personas en PSCV, Hipertensos, Diabéticos, que se les ha aplicado el formulario de Detección de Enfermedad Renal Crónica.

NOTA: Si una persona presenta una o más patologías y uno o más riesgos se registrarán en cada una de ellas.

SECCION B: METAS DE COMPENSACION.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

PERSONAS BAJO CONTROL POR HIPERTENSION:

Corresponde al número de personas en control, con diagnóstico Hipertensión Arterial, que tengan cifras de presión arterial menor a 140/90 mmHg, a la fecha del corte. La medición de la presión arterial considerada debe ser la más reciente respecto a la fecha del censo y con una antigüedad no mayor de un año.

PERSONAS BAJO CONTROL POR DIABETES MELLITUS:

Corresponde al número de personas en control, con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2, con:

- Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7%, a la fecha del corte.
- Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7%, Presión Arterial menor a 130/80 MmHg y Colesterol LDL menor a 100 mg/dl, a la fecha de corte.

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

PERSONAS BAJO CONTROL EN PSCV NO DIABETICAS CON RIESGO ALTO Y MUY ALTO:

Corresponde al número de personas con riesgo Alto y Muy alto, en control, no Diabéticas, con Colesterol LDL menor a 100 mg/dL a la fecha de corte.

PERSONAS BAJO CONTROL CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (EVC):

Corresponde al número de personas que han sido afectadas por enfermedades cardiovasculares, son afecciones vasculares, pudiendo ser isquémicas, hemorrágicas que están recibiendo prevención secundaria de un nuevo acontecimiento cardiovascular

EN TRATAMIENTO CON ACIDO ACETILSALICILICO:

Corresponde al número de personas que tienen tratamiento de ácido acil salicilico (AAS), que es un Antiagregantes plaquetarios, conocido comúnmente como Aspirina. El AAS previene nuevos eventos cardiovasculares y su uso debe considerarse indefinido. Reduce el riesgo de reincidencia y muerte.

EN TRATAMIENTO CON ESTATINA:

Corresponde al número de personas que tienen tratamiento de estatinas.

Estudios han validado el uso de estatinas en el periodo post-evento cardiovascular para disminuir significativamente la morbimortalidad, independientemente de los niveles de colesterol iniciales (tipo de estatinas: simvastatina, pravastatina, lovastatina, atorvastatina, otros).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: Se registra el número de personas en control de PSCV, por grupo de edad y sexo que tienen compensadas sus patologías.

El número de personas con Presión Arterial menor a 140/90 mmHg, debe ser menor o igual al total del número de personas con diagnóstico de Hipertensión.

El número de personas en control, con examen de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7%, debe ser menor o igual a las personas con diagnóstico Diabetes Mellitus.

El número de personas en control, con examen de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7%, y presión arterial menor a 130/80 mmHg y Colesterol LDL menor a 100 mg/dL debe ser menor o igual a las personas con diagnóstico Diabetes Mellitus.

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

El número de personas en control, con antecedentes de Enfermedad Cardiovascular en tratamiento con Ácido Acetilsalicílico, debe ser menor o igual al número total de personas con Antecedentes de Infarto (IAM) y Enf. Cerebro vascular (AVC).

El número de personas en control, con antecedentes de Enfermedad Cardiovascular en tratamiento con Estatina, debe ser menor o igual al número total de personas con Antecedentes de Infarto (IAM) y Enf. Cerebro vascular (AVC).

SECCION C: VARIABLES DE SEGUIMIENTO DEL PSCV.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Corresponde al número de personas del PSCV que se encuentran en control según las variables de seguimiento.

VARIABLES DE PERSONAS DIABETICAS EN PSCV:

CON RAZON ALBÚMINA CREATININA (RAC) VIGENTE Corresponde al número de pacientes, al corte, con RAC vigente. La RAC es la razón entre la medición de dos elementos en la orina: albúmina y creatinina. Se considera albuminuria* positiva cuando la RAC es mayor a 30 mg/g y es un indicador de ERC.

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

CON VELOCIDAD DE FILTRACIÓN GLOMERULAR (VFG) VIGENTE: Corresponde al número de pacientes, al corte, con VFG vigente. Es un examen utilizado para verificar qué tan bien están funcionando los riñones. Específicamente, brinda un estimativo de la cantidad de sangre que pasa a través de los filtros en los riñones, llamados glomérulos. El examen mide qué tan bien están filtrando los riñones una sustancia de desecho llamada creatinina, la cual es producida por los

músculos. Cuando los riñones no están funcionando tan bien como debieran, la creatinina se acumula en la sangre.

PACIENTES CON FONDO DE OJO VIGENTE:

Corresponde al número de pacientes, al corte, con RAC vigente, esto es 1 examen de fondo de ojo anual. El profesional oftalmólogo visualiza la retina, disco óptico, coroides y vasos sanguíneos.

Es una técnica indolora que proporciona información sobre alteraciones de la retina, nervio óptica o de los vasos sanguíneos.

También permite hacer diagnóstico y seguimiento de diabetes o hipertensión, entre otras enfermedades sistémicas, que pueden afectar y dañar el polo posterior del ojo.

PACIENTES DIABETICOS EN TRATAMIENTO CON INSULINA:

Corresponde al número de personas en control, con Diabetes Mellitus, que se encuentran en tratamiento con insulina.

PACIENTES DIABETICOS CON HbA1C $\geq 9\%$:

Corresponde al número de personas en control, con Diabetes Mellitus, que al corte tiene, como resultado de la última medición vigente (6 a 12 meses) de Hemoglobina, un resultado superior o igual al 9%.

EN TRATAMIENTO CON IECA O ARA II: Corresponde al número de pacientes del Programa de Salud Cardiovascular, al corte, que mantienen tratamiento IECA o ARA II. IECA y ARA II son fármacos utilizados habitualmente para el tratamiento de la hipertensión arterial. Actúan bloqueando a distinto nivel el sistema renina-angiotensina, un mecanismo que tiene el organismo para regular de forma precisa la presión arterial. Estos fármacos constituyen un pilar fundamental, no solo para el tratamiento de la hipertensión arterial, sino también para otras patologías cardiovasculares como la insuficiencia cardíaca o la cardiopatía isquémica, ya que reducen el riesgo de muerte o de padecer eventos cardiovasculares. Los medicamentos IECA tienen un nombre genérico del principio activo acabado en -PRIL (enalapril, ramipril, perindopril, etc.) y los ARA II suelen acabar en -SARTAN (telmisartan, candesartan, valsartan, etc.).

CON UN EXAMEN DE COLESTEROL LDL VIGENTE: Corresponde al número de pacientes en control, al corte, que poseen un examen de medición del colesterol LDL de a lo más 1 año.

LDL también llamado 'colesterol malo'. Tiende a acumularse en las paredes de las venas y arterias. Cuando sus niveles son altos representan un mayor riesgo de sufrir un infarto o embolia. La característica buena del colesterol malo es que, si se conocen sus niveles, se puede determinar el grado de riesgo de sufrir una cardiopatía.

PACIENTES DIABÉTICOS CON EVALUACIÓN VIGENTE DEL PIE SEGÚN PAUTA DE ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE ULCERACIÓN EN PERSONAS CON DIABETES: Corresponde al número de personas en control con Diabetes Mellitus, se les ha realizado la "Evaluación del pie diabético" utilizando la pauta "Evaluación del pie en el paciente diabético" y cuyo resultado fue clasificado

en: Riesgo moderado (menos de 25 puntos); Riesgo alto (entre 25 - 49 puntos) o Riesgo máximo (sobre 50 puntos) según el puntaje.⁴

PACIENTES DIABETICOS CON EVALUACION DE PIE DIABETICO:

Corresponde al número de personas en control con Diabetes Mellitus, se les ha realizado la "Evaluación del pie diabético" utilizando la pauta "Evaluación del pie en el paciente diabético" y cuyo resultado fue clasificado en: Riesgo bajo, Riesgo moderado Riesgo alto y Riesgo máximo.

PACIENTES DIABETICOS CON ULCERAS ACTIVAS DE PIE TRATADOS CON CURACION CONVENCIONAL:

Corresponde al número de personas en control, con Diabetes Mellitus, que a la fecha de corte, presentan úlceras activas del pie, tratadas con curación convencional.

PACIENTES DIABETICOS CON ULCERAS ACTIVAS DE PIE TRATADOS CON CURACION AVANZADA DE HERIDAS:

Corresponde al número de personas en control, con Diabetes Mellitus, que a la fecha de corte, presentan úlceras activas del pie, tratadas con curación avanzada de heridas.

PACIENTES DIABETICOS CON EVALUACION, EN LOS ULTIMOS 12 MESES, CON "QUALIDIAB":

Corresponde al número de personas en control con Diabetes Mellitus, que a la fecha de corte se les haya aplicado el instrumento de evaluación "Qualidiab- Chile" dentro de los últimos 12 meses, según orientaciones técnicas.

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

Fuente:

GES – AUGE "Guía Clínica Retinopatía Diabética" Revisión de División de Prevención y Control de Enfermedades, MINSAL, Junio 2006.

9 Fuentes: "Norma Clínica: Manejo integral del pie diabético" Resolución Exenta No 395, 5 Abril 2006.

División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Enfermedades no Transmisibles.

Programa de Salud Cardiovascular. MINSAL 2006".

10 Fuentes:

"Manejo y tratamiento de las heridas y úlceras. Valoración y Clasificación". División de Salud de las Personas. Programa de Salud de las Personas, Programa de Salud del Adulto. MINSAL Marzo 2000".

⁴ Fuentes: "Norma Clínica: Manejo integral del pie diabético" Resolución Exenta N° 395, 5 Abril 2006. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Enfermedades no Transmisibles. Programa de Salud Cardiovascular. MINSAL 2006".

“Curación Avanzada de las Ulceras del Pie Diabético”. Programa de Salud Cardiovascular, Departamento de Enfermedades no Transmisibles, MINSAL, Septiembre 2005.

Fuentes: “Norma Clínica: Manejo integral del pie diabético” Resolución Exenta N° 395, 5 Abril 2006. División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Enfermedades no Transmisibles. Programa de Salud Cardiovascular. MINSAL 2006”.

¹ Fuentes:

“Manejo y tratamiento de las heridas y úlceras. Valoración y Clasificación”. División de Salud de las Personas. Programa de Salud de las Personas, Programa de Salud del Adulto. MINSAL Marzo 2000”.

“Curación Avanzada de las Úlceras del Pie Diabético”. Programa de Salud Cardiovascular, Departamento de Enfermedades no Transmisibles, MINSAL, Septiembre 2005.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

CON RAZON ALBÚMINA CREATININA (RAC),VIGENTE

CON VELOCIDAD DE FILTRACIÓN GLOMERULAR (VFG), VIGENTE

El número de personas con fondo de ojo, no debe ser superior al número de personas en control con Diabetes Mellitus.

Se registra el número de personas, por grupo de edad y sexo, con Diabetes Mellitus en PSCV, en tratamiento con insulina, no debe ser superior al número de personas en control con Diabetes Mellitus.

El número de personas con resultado de examen de HbA1C \geq 9%, no debe ser superior al número de personas en control con Diabetes Mellitus.

EN TRATAMIENTO CON IECA O ARA II.

CON UN EXÁMEN DE COLESTEROL LDL VIGENTE.
--

El número de personas con evaluación del pie diabético, no debe ser superior al número de personas en control con Diabetes Mellitus.

El número de personas con úlceras activas del pie diabético tratadas con curación convencional de heridas, no debe ser superior al número de personas en control con Diabetes Mellitus.

El número de personas con úlceras activas del pie diabético tratadas con curación avanzada de heridas, no debe ser superior al número de personas en control con Diabetes Mellitus.

El número de personas con evaluación, en los últimos 12 meses, de calidad registrada en QUALIDIAB-CHILE u otro Sistema.

**RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P5
POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR**

ESTRUCTURA REM-P.05

Sección A: Población En Control Por Condición De Funcionalidad.
Sección B: Población Bajo Control Por Estado Nutricional.
Sección C: Adultos Mayores Con Sospecha De Maltrato.
Sección D: Adultos Mayores En Actividad Física.
Sección E: Población De Adultos Mayores Institucionalizados.
Sección F: Adultos Mayores Con Riesgo De Caídas.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.05

SECCION A: POBLACIÓN EN CONTROL POR CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Población en Control: Corresponde a las personas adultos mayores que están en control con Médico, Enfermera, o Nutricionista, y que se les ha aplicado el Examen Funcional del Adulto Mayor (EFAM) o Índice de Barthel los cuales clasifica a esta población según su condición de funcionalidad.

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

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

El EFAM es un instrumento de evaluación que se aplica integrado al Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor* por Médico o profesional capacitado definido a nivel local. Su vigencia es anual.

Los resultados de la aplicación del EFAM son: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo y riesgo de dependencia.

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

No debe aplicarse a los adultos mayores que a simple vista presentan algún grado de dependencia, como por ejemplo: usar bastones, andadores, muletas, silla de ruedas, presentar

secuelas de accidente vascular, ceguera, etc. En estos casos corresponde evaluar a través del Índice de Barthel.

Índice de Barthel: es un instrumento de evaluación que se aplica en rehabilitación, hospitalizados, consultas, domicilio y/o residencias que permite obtener el porcentaje de pérdida de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) del Adulto Mayor.

Los resultados de su aplicación son: Dependencia Leve, Dependencia Moderada, Dependencia Grave y Dependencia Total*.

(*) Fuente: Guía de Prevención de Dependencia 2012, MINSAL

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, según edad y sexo de las personas, por condición de funcionalidad y las que pertenecen o se auto reconocen con un pueblo originario.

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

Las personas registradas en Pueblos Originarios deben estar contenidas en los registros según edad, sexo y por su respectiva condición de funcionalidad.

SECCION B: POBLACION EN CONTROL POR ESTADO NUTRICIONAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Corresponde a la población de adultos mayores que se encuentran bajo control en el establecimiento con nivel primario de atención, que ha sido evaluada según diagnóstico del estado nutricional. Se clasifica en Bajo Peso, Normal, Sobrepeso y Obeso.

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, por edad y sexo de las personas, según la clasificación de su estado nutricional. Además, se registran las personas que pertenecen o se auto reconocen con un pueblo originario y son parte del programa.

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

Es posible que los adultos mayores clasificados según su estado nutricional no hayan (recibido su evaluación) sido evaluados por condición de funcionalidad al momento del corte, lo que provoca alteración en la cuadratura de ambas secciones, pero el ir avanzando hacia una atención "integrada" se debería llegar a la igualdad de registros en un futuro.

SECCION C: ADULTOS MAYORES CON SOSPECHA DE MALTRATO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

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

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

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

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

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

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

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

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

En la Familia; Estrés del cuidador, Nivel de dependencia de la persona adulta mayor, Historia de violencia en la familia, Dificultades personales y financieras del cuidador, Alcoholismo u otras adicciones, Falta de información y de recursos para la atención adecuada a una persona con discapacidad, Aislamiento social del cuidador, Falta de apoyo o de tiempo de respiro para el cuidador que es responsable por una persona discapacitada 24 horas, 7 días a la semana.

En Instituciones u Hogares Comunitarios :La institución impide u obstaculiza las visitas o los contactos del adulto mayor con la comunidad, No está en un registro oficial o le falta la acreditación apropiada, No tiene monitoreo o supervisión pública de los servicios, Contrata cuidadores sin capacitación para la atención a adultos mayores frágiles y discapacitados, Mantiene una razón de cuidadores por número de personas discapacitadas y con demencia que es menor a la necesaria para atender las necesidades básicas de este grupo vulnerable, No ofrece privacidad a los residentes y estos se encuentran en hacinamiento, No hay evidencia de participación de la comunidad en actividades del hogar o institución, La estructura física de la institución no está adaptada para el acceso y la movilidad de personas con discapacidades Los indicadores de un Posible Abuso o Negligencia, son: Abuso Evidencia de lesión, especialmente múltiples en diferentes grados de resolución, Deshidratación o desnutrición, Fracturas que no tienen causa determinada, Evidencia de lesiones no atendidas, Señales de estar amarrado, atado o golpeado, Enfermedades de transmisión sexual en personas incapaces de consentirlo Negligencia, Pobre higiene, Desnutrición severa, Deshidratación, Hipotermia o Úlceras por presiones no atendidas

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, por edad y sexo de las personas, que se sospecha que son víctima de maltrato.

SECCION D: ADULTOS MAYORES EN ACTIVIDAD FÍSICA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D: se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, por edad y sexo de las personas, que pertenecen al programa de actividad física del establecimiento.

SECCION E: POBLACION DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Adultos Mayores Institucionalizados: Corresponde a las personas de 65 años y más, que viven en un Centro de Atención para Adultos Mayores.

Adultos Mayores con Dependencia Severa: Corresponde a las personas de 65 años y más en condición de Dependencia Severa (Dependencia Grave o Total según Índice de Barthel) y que viven en una residencia de larga estadía.

Esta población forma parte del total de población de Adultos Mayores Institucionalizados.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E: se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, según sexo de las personas, que se encuentran internados en una residencia de larga estadía, y son controlados por el equipo de salud del establecimiento.

SECCION F: ADULTOS MAYORES CON RIESGO DE CAÍDAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Para detectar riesgo de caídas se aplicarán dos pruebas: estación Unipodal (mide equilibrio estático) y Timed up and Go (mide equilibrio dinámico)

a) Estación Unipodal: La prueba consiste en pararse con los brazos cruzados sobre del tórax apoyando las manos en los hombros, luego levantar una pierna hasta llegar a la posición de flexión de rodilla y cadera a 90 grados.

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

El evaluador deberá demostrar la ejecución de la prueba

Situarse a un costado de la persona a evaluar, estar atento a posibles pérdidas de equilibrio

- Se solicita a la persona pararse con los brazos cruzados sobre del tórax apoyando las manos en los hombros, luego levantar una pierna hasta llegar a la posición de flexión de rodilla y cadera a 90 grados. Debe mantener la posición el mayor tiempo posible.
- Repetir lo mismo con la otra extremidad.
- El tiempo se medirá en segundos, desde el momento en que la persona logra los 90°.
- Si no logra la posición descrita, busca apoyo, se desestabiliza o las extremidades inferiores se tocan entre si al estar de pie, se considerara que el resultado está alterado.
- Repetir la prueba tres veces en cada pie, se registra el mejor tiempo obtenido.

Normal: ≥ 5 segundos

Alterado: < 4 segundos

b) Timed Up and Go (TUG): La prueba consiste en medir el tiempo requerido para efectuar un recorrido de tres metros.

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

Normal = < 10 seg.

Riesgo leve de caída 11 a 20 seg.

Alto riesgo de caída > 20 seg

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Sección F: se registra el número de personas bajo control en el Programa del Adulto Mayor a la fecha de corte, según sexo de las personas, Según resultados de las pruebas Timed up and Go.

RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P6 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDAD

ESTRUCTURA REM-P.06

Sección A: Atención Primaria.

Sección A.1: Población En Control En Aps Al Corte.

Sección A.2: Programa De Rehabilitación En Atención Primaria (Personas Con Trastornos Psiquiátrico).

Sección B: Atención De Especialidad.

Sección B.1: Población En Control En Especialidad Al Corte.

Sección B.2: Programa De Rehabilitación En Especialidad (Personas Con Transtornos Psiquiátrico).

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.06

POBLACIÓN EN CONTROL AL CORTE

Pacientes en control: corresponde a las personas que están en control con Médico o Psicólogo (Terapeuta Ocupacional, Asistente Social, Enfermera u otro profesional capacitado), por factores de riesgo y condicionantes de salud mental y/o por diagnósticos de trastornos mentales.

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

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

Violencia de género Cualquier acción o conducta, basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento, tanto físico, psicológico como sexual, esto incluye ámbitos públicos y privados. Incluye la violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica, o en cualquier relación interpersonal.

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

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

Violencia hacia el adulto mayor Acción u omisión realizada de manera intencionada o por desconocimiento de manera no intencionada, que produce daño físico, psicológico, social o

financiero a un adulto mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona, ya sea por parte de sus hijos, otros miembros de la familia o de cuidadores que, aunque externos a la familia, deben ser supervisados por ésta.

Maltrato a niños, niñas y adolescentes toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, que afecte el normal desarrollo de niños, niñas y adolescentes y que ocurra en un contexto familiar o de cuidado” (Guía Clínica: Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes Víctimas de Maltrato por parte de familiares o cuidadores, MINSAL, 2013, p. 9).

Abuso sexual :Toda actividad sexual no voluntaria, forzada mediante la violencia física, o por cualquier forma de coerción, agresión o abuso, incluida las situaciones de superioridad a causa de la particular condición de la víctima, sea por trastorno o deficiencia mental, o por dependencia económica, laboral, desamparo, inexperiencia o ignorancia. Su práctica implica una relación de sometimiento en la cual la víctima ha rechazado el acto sexual o en que no ha tenido la capacidad de consentir. En el caso de los niños y niñas, se refiere a todo tipo de aproximación sexual (Guía Clínica Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual, MINSAL y UNICEF, 2011, pp. 9- 10).

Consumo bajo riesgo de alcohol: Patrón de consumo de alcohol asociado a menores riesgos agudos y crónicos relacionados con el uso de la sustancia. En términos operacionales se define por la evaluación a través del instrumento AUDIT-C, con puntaje de 0-4 puntos para hombres y 0-3 puntos para mujeres, o por la evaluación a través del instrumento AUDIT (completo) con puntaje de 0-7 puntos para hombres y mujeres.

Consumo riesgoso de alcohol Patrón de consumo de alcohol que se asocia a posibles riesgos agudos o crónicos por el uso de la sustancia. En términos operacionales se define por la evaluación a través del instrumento AUDIT-C, con puntaje igual o superior a 5 puntos para hombres e igual o superior a 4 puntos para mujeres, o por la evaluación a través del instrumento AUDIT (completo) con puntaje igual o superior a 8 puntos para hombres y mujeres.

Consumo riesgoso de drogas: Se trata de un patrón de consumo de drogas (excluyendo el alcohol) tal, que si persiste en el tiempo, hay alta probabilidad de consecuencias adversas, sea por la aparición de daños en la salud (trastorno por consumo nocivo o perjudicial, enfermedades físicas) y/o de otro tipo de consecuencias negativas (consumo problema). Es una condición previa al consumo problema.

Diagnósticos de Trastornos Mentales: Para su diagnóstico, basarse en Guías Clínicas y Orientaciones Técnicas actuales, y en su defecto, criterios CIE-10.

Trastornos del Humor (Afectivos)

- Depresión Leve
- Depresión Modera
- Depresión Grave
- Depresión Post parto

- Trastorno Bipolar

Trastornos Mentales y del Comportamiento debido a Consumo Sustancias Psicotrópicas

- Consumo perjudicial o dependencia de alcohol
- Consumo perjudicial o dependencia de droga
- Policonsumo

Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia

- Trastorno Hipercinéticos
- Trastorno Disocial, Desafiante y Opositor
- Trastorno de Ansiedad de Separación en la Infancia
- Otros Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia

Trastornos de Ansiedad

Alzheimer y otras demencias

Trastornos conductuales asociados a Demencia

Esquizofrenia

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Retraso mental

Trastorno de Personalidad

Trastorno Generalizados del Desarrollo

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

Población en control de Madres de hijo menor de 2 años: corresponde a las mujeres madres de hijo menor de 2 años, que están bajo control en el Programa de Salud Mental, por padecer de Trastorno del Humor Afectivo (depresión en alguno de sus niveles o trastorno bipolar), en el transcurso de los 2 primeros años del nacimiento de su hijo(a) y que no fueron diagnosticadas con depresión postparto.

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

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN (PERSONAS CON TRASTORNO PSIQUIÁTRICO)

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

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 período 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 período máximo de dos años.

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

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-P6

Sección A: Población en control en establecimientos que brindan atención primaria de salud, tales como Hospitales de baja complejidad, Centros de Salud Familiar, Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rural, Centros Generales Urbanos, Centros Generales Rurales, Centros Comunitarios de Salud Familiar o Postas de Salud Rural.

Sección A.1 Se registra el número de personas en control que presentan factores de riesgo y/o diagnóstico de algún trastorno mental a la fecha del corte, desglosado por sexo, grupo de edad (0 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 y más años), condición (Gestante), Madre de hijos menores a 2 años y por población perteneciente a Pueblos Originarios.

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

Respecto a la Población de Gestantes en Control, en este Programa:

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

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

SECCIÓN A.2: se registra el número de personas en control en el programa de rehabilitación a la fecha de corte, desglosadas por sexo y grupo de edad (0 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 y más años).

Sección B: Población en control en establecimientos que brindan atención de Especialidad, tales como Centros de Diagnóstico y Tratamiento, Centros Relacionales de Salud, Hospitales de Mediana Complejidad, Hospitales de Alta Complejidad y Centros comunitarios de salud mental.

Sección B.1 Se registra el número de personas en control que presentan factores de riesgo y/o diagnóstico de algún trastorno mental a la fecha del corte, desglosado por sexo, grupo de edad (0 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 y más años), condición (Gestante), Madre de hijos menores a 2 años y por población perteneciente a Pueblos Originarios.

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

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

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

SECCIÓN B.2: se registra el número de personas en control en el programa de rehabilitación a la fecha de corte, desglosadas por sexo y grupo de edad (0 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 60 a 64, 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 y más años).

RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P7

POBLACIÓN EN CONTROL FAMILIAS EN CONTROL DE SALUD FAMILIAR

Generalidades:

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

ESTRUCTURA REM-P.07

Sección A. Clasificación De Las Familias (Sector Urbano).

Sección B. Intervención En Familias (Sector Urbano).

Sección C: Intervención En Familias Sector Rural.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.07

SECCIÓN A. CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: en esta sección se registra el número de familias inscritas, de ellas cuantas con evaluación aplicada y de estas últimas cuantas clasificadas en riesgo alto y mediana.

SECCIÓN B. INTERVENCIÓN EN FAMILIAS SECTOR URBANO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS POR SECTOR

N° de familias evaluadas en el semestre: Corresponde al número de familias por sector, evaluadas en el semestre a la fecha del corte.

N° de familias detectadas en riesgo en el semestre (mediano + alto):

Corresponde al número de familias por sector, evaluadas en el semestre a la fecha de corte, que al aplicar la pauta o matriz local resultan con un grado de riesgo mediano o alto.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: en esta sección se registra información de familias evaluadas, detectadas en riesgo y aquellas que entran a intervención, durante el semestre antes del corte.

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

El número de familias evaluadas en el semestre (sección B) no puede ser mayor al número de familia inscritas (sección A).

SECCIÓN C. INTERVENCIÓN DE FAMILIAS SECTOR RURAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS POR SECTOR

N° Familias en el Sector Rural: Corresponde al número total de familias que viven en la jurisdicción, que le corresponde al establecimiento de salud rural, a la fecha de corte.

N° Familias Evaluadas en el Semestre: Corresponde al número total de familias que han sido evaluadas en el semestre a la fecha de corte, mediante la aplicación de una pauta o matriz, para establecer su grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial.

Nº Familias en Riesgo Alto ingresadas a Plan de Intervención en el Semestre: Corresponde al número de familias detectadas en riesgo alto, ingresadas a plan de intervención en el semestre.

Nº Familias pesquisadas por Técnico Paramédico para estudio de familia: corresponde al número de familias pesquisadas por el Técnico Paramédico para estudio de familia, en el semestre a la fecha de corte.

Nº de Encuestas Familiares Vigentes: corresponde al número de familias con encuesta vigente, realizadas por el Técnico Paramédico, a la fecha de corte.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: en esta sección se registra información de familias asignadas al establecimiento de salud rural, las familias evaluadas, detectadas en riesgo y que entran a plan intervención, durante el semestre antes del corte. Además de familias pesquisadas por técnico paramédico para estudio de familia y número de familias con encuesta vigente.

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

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

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

RESUMEN ESTADISTICO REM-P8 POBLACIÓN EN CONTROL REHABILITACIÓN FÍSICA

ESTRUCTURA REM-P.08

Sección A: Existencia De Población En Control.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.08

POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN FÍSICA:

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Corresponde al número de personas en tratamiento y control con Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, Fonoaudiólogo y/o Psicólogo, con un origen de discapacidad y una patología asociada que requieren rehabilitación, por grupo de edad y sexo, con una citación para los profesionales de salud, nombrados anteriormente. Los pacientes pueden tener un plazo máximo de inasistencia de 30 días, desde la última citación a la fecha de corte, periodo durante el cual se activa el sistema de recate de inasistencia.

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

Número de personas en control en el programa: Corresponde al número de personas en control a la fecha de corte. Se registrará solo una vez, independiente de que se encuentre en Control por más de un problema de salud.

ORIGENES DE DISCAPACIDAD ASOCIADOS A UNA PATOLOGIA QUE REQUIEREN REHABILITACION:

Origen Físico

- Síndrome Doloroso de Origen Traumático
- Síndrome Doloroso De Origen No Traumático
- Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera
- Secuela de Accidente Vascular Encefálico (AVE)
- Secuelas de Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)
- Secuela Trauma Raquimedular (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: Corresponden a aquellas patologías no descritas anteriormente.

- Origen sensorial visual
- Congénito es cualquier discapacidad de origen visual que se presenta desde el nacimiento adquirido durante la vida intrauterina. Puede ser resultado de un factor genético, físico, químico o infeccioso.
- Adquirido Es cualquier discapacidad obtenida después de un accidente o enfermedad, la persona queda con secuela visuales.
- Otros: Corresponden a aquellas patologías de origen sensorial visual no descritas anteriormente

- Origen sensorial auditivo
- Congénito es cualquier discapacidad de origen auditivo que se presenta desde el nacimiento adquirido durante la vida intrauterina. Puede ser resultado de un factor genético, físico, químico o infeccioso.
- Adquirido Es cualquier discapacidad obtenida después de un accidente o enfermedad, la persona queda con secuela auditivas.
- Otros: Corresponden a aquellas patologías de origen sensorial auditivo no descritas anteriormente

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: corresponde al número de personas en control, en el programa de Rehabilitación.

NOTA: Si una persona presenta más de un problema de salud, se deberá registrar la patología por la que requiere rehabilitación.

RESUMEN ESTADISTICO REM-P11
POBLACION EN CONTROL PROGRAMA DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL –
VIH/SIDA

ESTRUCTURA REM-P.11

Sección A: Población En Control De VIH/Sida.
Sección B: Población En Control Por Comercio Sexual.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.11

SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL DEL PROGRAMA VIH/SIDA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

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

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

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

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

SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL POR COMERCIO SEXUAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

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

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

RESUMEN ESTADISTICO REM-P12 COBERTURA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y CÁNCER DE MAMA

ESTRUCTURA REM-P.12

Sección A: Programa De Cáncer De Cuello Uterino: Población Femenina Con PAP Vigente.

Sección B: Programa De Cáncer De Cuello Uterino: PAP Realizados E Informados, según Resultados.

Sección C: Programa De Cáncer De Mama: Número De Mujeres Con Mamografía (Vigente).

Sección D: Programa De Cáncer De Mama: Número De Mujeres Con Examen Físico De Mama (Vigente).

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-P.12

SECCIÓN A: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: POBLACIÓN FEMENINA CON PAP VIGENTE

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

Los datos corresponden al número de mujeres entre 25 y 64 años, distribuidos por grupos quinquenales, con PAP vigente informado en los últimos 3 años, a la fecha del corte.

La fuente para el 2012 es el Software del Programa Cáncer Cérvico Uterino: Citoexpert y en el futuro será remplazado por el REVICAN (no usar los tarjeteros poblacionales para este dato). Cada establecimiento debiera obtener el dato del Citoexpert, respetando la fecha de corte (30 de Junio y 31 de Diciembre. El profesional Matrona (ón) Encargada (o) de Programa de Cáncer Cervicouterino, en cada Servicio de Salud, debe visar esta información previo al envío al DEIS.

SECCIÓN B: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: PAP REALIZADOS E INFORMADOS, SEGÚN RESULTADOS

Esta sección detalla la distribución de citologías de PAP (no mujeres) realizadas e informadas en el semestre, según resultados (normales, inadecuados, atípicos y positivos) y grupos de edad a la fecha del corte.

La fuente para el 2012 es el Software del Programa Cáncer Cervicouterino Citoexpert en el futuro será remplazado por el REVICAN. Esta información la poseen los Laboratorios de Citopatología que procesan los PAP de su Servicio de Salud. Estos son los que deben informar estos registros en el establecimiento donde funcionan.

SECCIONES C y D: SECCIÓN C: PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA: NÚMERO DE MUJERES CON MAMOGRAFÍAS VIGENTES

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

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

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

SECCIÓN D: PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA: NÚMERO DE MUJERES CON EXAMEN FÍSICO DE MAMAS

Corresponde al número de mujeres en control, que se les ha realizado el Examen Físico de Mamas (EFM), por Médico o Matrona, en los últimos 3 años (EFM vigente), por grupos de edad, a la fecha de corte.

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

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

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

ANEXO MANUALES SERIES REM 2014 - 2016

DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E
INFORMACIÓN DE SALUD

Anexo N°1

Establecimientos

Consultorio General Urbano
Consultorio General Rural
Posta Salud Rural
Establecimiento Alta Complejidad
Establecimiento Mediana Complejidad
Establecimiento Baja Complejidad
Centro de Referencia de Salud
Centro de Diagnóstico y Terapéutico
Dirección Servicio de Salud
Hospital (No perteneciente al SNSS)
Laboratorio Clínico o Dental
Centro de Salud
Vacunatorio
Centro de Diálisis
Oficina Sanitaria
Clínica

Estrategias

Servicio de Atención Primaria de Urgencia
Servicio de Urgencia Rural
Centro Comunitario de Salud Familiar
Centro Comunitario de Salud Mental
Clínica Dental Móvil
Servicio de Atención Primaria de Urgencia Dental
Programa de Reparación y Atención Integral de Salud
Centro de Atención Funcionarios
Centro de Rehabilitación
Hospital de Campaña
Servicio de Atención Resolutiva

Certificaciones	Centro de Salud Familiar Hospital Autogestionado
-----------------	---

Niveles de Atención	Primario Secundario Terciario Privados No Aplica
---------------------	---

Dependencia	Servicio de Salud Municipal Autoridad Sanitaria Público No perteneciente al SNSS Privado Otra Institución Establecimiento Experimental
-------------	--

Anexo N°2

INSTRUCCIONES DE REGISTRO PARA LOS EQUIPOS PRAIS

Antecedentes

La herramienta de recolección de información REM, correspondiente a los Resúmenes Estadísticos Mensuales, es el instrumento oficial que reúne cuantitativamente las estadísticas de atenciones y actividades efectuadas a la población, en el sistema de salud pública del país.

La información se recopila en el establecimiento de origen en el que se ejecutan las acciones de salud, consolidándola mes a mes para ser enviada al nivel central, a través de los Servicios de Salud.

Las acciones de salud que realizan los equipos PRAIS, se otorgan en distintos lugares de atención (oficinas pertenecientes a la Dirección del Servicio de Salud, casa habilitada para estas atenciones, dependencias adosadas a algún establecimiento de salud, etc.), los cuales en su mayoría no están reconocidos específicamente como establecimiento de salud, ya que no cumplen con los requisitos legales (Resolución de Creación de Establecimiento y Autorización Sanitaria correspondiente), para la asignación de código en la Base de Establecimientos administrada por el DEIS.

Dado lo anterior y la necesidad de conocer la producción de estos equipos, es que DEIS acordó que para cuantificar los registros de las actividades que efectúan, se deberá informar la estadística con el código de establecimiento 011, para identificar lo que corresponde a PRAIS.

Desde el año 2006 se ha recogido información en este código a través de las unidades y/o departamento de estadística de las Direcciones de Servicios de salud, en la cual inicialmente se registraban sólo atenciones enfocadas a salud mental.

Hoy en día, los equipos PRAIS han expandido su nivel de atención y diversificado sus actividades, realizando atenciones odontológicas, consultas de morbilidad general, actividades educativas, entre otras.

Dado que la Serie REM, está enfocada en actividades de ciclo vital y en programas que son transversales a la población, es que no es posible diseñar un REM exclusivo para PRAIS, por lo que con el fin de dar cuenta de la totalidad de las acciones que se ejecutan, es necesario orientar el registro en secciones ya existentes de los distintos REM, según la atención otorgada.

Es importante de aclarar que en este código sólo se deben registrar las atenciones que realiza el equipo PRAIS. Si un paciente es derivado a una atención de profesional no perteneciente al Equipo PRAIS, estas actividades NO deben ser registradas. Recordar que el objetivo es capturar las acciones que realiza el equipo PRAIS, no todas las actividades de salud que se otorgan a pacientes PRAIS.

Las siguientes son orientaciones de registro de las actividades, basadas en el profesional del equipo que las ejecuta.

Registro por profesional

Asistente Social

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta de Especialidad: corresponde a la atención del paciente para la acogida y acreditación al programa. (rendimiento 1 hora).
- La actividad debe ser registrada en REM A07, Sección B: Consultas y Controles por otros profesionales en especialidad (nivel secundario).
- Consulta por Orientación Social: corresponde a la atención social que corresponde a orientación a los usuarios del programa, sobre beneficios sociales en el intra y extrasistema, además de la gestión y coordinación de éstos. (rendimiento 30 minutos).
- La actividad debe ser registrada en REM A04, Sección B: Consultas de Profesionales no médicos.

Psicólogo

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud y efectuar las psicoterapias respectivas según plan de tratamiento.
- La actividad de la primera consulta (evaluación) debe ser registrada en REM A06-Atención de Especialidades, Sección B.1: Consultas
- La psicoterapia individual (sesiones): se debe registrar en REM A06-Atención de Especialidades, Sección B.1: Consultas
- La psicoterapia familiar (sesiones): se debe registrar en REM A06, Sección B.2: Actividades Grupales (nº de sesiones)

Médico

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud.
- Si la consulta es de morbilidad general, debe ser registrada en REM A04, Sección A: Consultas Médicas.
- Si la consulta es de Salud Mental, debe ser registrada en REM A06-Atención de Especialidades, Sección B.1: Consultas.
- Si la consulta es de especialidad (cualquier especialista para morbilidad), debe ser registrado en REM A07, Sección A.1: Consultas Médicas

- Controles de Salud: se deben registrar en REM A01, Sección C, según problema de salud a abordar.

Psiquiatra

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud y efectuar las psicoterapias respectivas según plan de tratamiento.
- La actividad de la primera consulta (evaluación) debe ser registrada en REM A07, Sección A.1: Consultas Médicas.
- La psicoterapia individual (sesiones): se debe registrar en REM A06-Atención de Especialidades, Sección B.1: Consultas.

Enfermera

La actividad que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS es la siguiente:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud, la cual debe ser registrada en REM A07, Sección B: Consultas y Controles por otros profesionales en especialidad (nivel secundario).
- Controles de Salud: se deben registrar en REM A01, Sección C, según problema de salud a abordar.

Odontólogo

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud y otorgarle tratamiento, la cual debe ser registrada en REM A09, si es primera consulta o consulta repetida en Sección A: Consultas según nivel.
- Las actividades que realice para el tratamiento, deben ser registradas en REM A09, secciones según las actividades que sean otorgadas en la atención.

Paramédico

- Ejecutan labores administrativas de apoyo al equipo, no se registrarán en REM sus actividades.
- En caso de realizar Controles de Salud Cardiovascular o Controles de Salud por Otros problemas de Salud, se pueden registrar en REM A01, Sección C: Controles según problema de salud.

Actividades por Dupla Profesional (Asistente Social y Psicólogo)

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Evaluación e Intervención Grupal y Familiar: Es la intervención terapéutica realizada por integrantes del equipo de salud, con un grupo de entre dos y doce personas. Su

objetivo es otorgar apoyo emocional, educación para el auto cuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar del paciente y de sí misma, apoyo para la rehabilitación psicosocial y reinserción social y laboral.

La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección C.1 de Actividades grupales. (No se puede distinguir entre intervención grupal y familiar).

- Actividades Psico educativas: corresponde a la atención en la cual se educa a los usuarios, sobre el funcionamiento del Programa PRAIS, beneficios y derechos.

La actividad debe ser registrada en REM A27, Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según área temática y edad y Sección B: Actividades de Educación para la Salud según personal que las realiza (sesiones) en otras áreas temáticas.

- Actividades de Promoción de DDHH: corresponde a las actividades que se realizan con la comunidad a objeto de dar a conocer y promover los derechos de las personas y el Programa PRAIS. La actividad debe ser registrada en REM A19a, Sección B.1 de Actividades de Promoción según estrategias y condicionantes abordadas y Número de participantes.

Consultorías programáticas en salud Integral entregadas y recibidas

Corresponde a la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría y el equipo PRAIS, con el propósito de potenciar la capacidad resolutoria del equipo, mejorar la referencia y contra referencia de pacientes y garantizar los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de pacientes con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos.

El cronograma con la frecuencia y fechas de Consultorías se debe planificar conjuntamente entre los equipos que reciben la actividad y el que las otorga. De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente.

- Consultorías de salud Mental recibidas: corresponde a las consultorías recibidas por el equipo PRAIS, otorgadas por el equipo de especialidad.
- Casos Revisados: corresponde a los antecedentes clínicos de las personas analizados en la sesión de consultoría de salud mental en conjunto, entre el equipo PRAIS y el equipo de especialidad.
- La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección A.2: Consultorías de Salud Mental.
- Consultorías de salud Mental entregadas: corresponde a las consultorías entregadas por el equipo PRAIS.
- Casos Revisados: Los casos revisados corresponden a los antecedentes clínicos de las personas revisados en la sesión de consultoría de salud mental junto al equipo PRAIS.

Visitas Domiciliarias y Rescate.

- **Visitas Domiciliarias:** es una modalidad de prestación de salud en domicilio, caracterizada como la actividad de "relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia, solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en qué necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante, como base de un trabajo de apoyo acompañamiento al grupo familiar". Esta actividad debe ser acordada con la familia. En "Visitas Domiciliarias Integrales" se registra la actividad realizada por un profesional, dos o más profesionales, un profesional y técnico paramédico. No son Visitas Domiciliarias las verificaciones de domicilio y las citaciones.

La actividad debe ser registrada en REM A26 Sección A: Vistas Domiciliarias Integrales a familias (familia con otro riesgo psicosocial o visita de primer contacto (conocer entorno familiar), o en cualquier otro motivo de visita)

- **Rescate:** corresponde a la actividad que se realiza para reincorporar a los pacientes que han permanecido inasistentes.

La actividad debe ser registrada en REM A26 Sección D: Rescate de pacientes inasistentes.

Compras de Servicios de especialidades, cirugías, fármacos, exámenes, Operativos de Salud

- **Compras de Servicios de Consultas de Especialidad:** corresponde a las consultas que los establecimientos compran a otros organismo, entidad o persona distintas del Servicio de Salud, con el fin de disminuir listas de espera.

La actividad debe ser registrada en REM A07, Sección A.4: Consultas realizadas por compra de servicio (no incluir en sección A.1), por especialidad que se resuelva en subsección Compra de Servicio (Atención de Especialidades).

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

La actividad debe ser registrada en REM A07, Sección A.5: Consultas realizadas por operativos (no incluir en sección A.1), por especialidad que se resuelva.

Trabajo Intersectorial

Actividad realizada por integrantes del equipo de salud, con el propósito de coordinarse con los distintos sectores sociales o realizar actividades de promoción y prevención (en establecimientos educacionales, laborales, de protección, etc.) para favorecer la entrega de información del programa PRAIS y para facilitar la integración social de los beneficiarios del programa.

La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección C.2: Actividad Comunitaria en Salud Mental.

Trabajo con organizaciones de usuarios PRAIS

Actividad realizada por integrantes del equipo de salud con organizaciones de usuarios, con el propósito de sensibilizar e intercambiar información respecto de los alcances de ejecución del programa. También, para coordinar iniciativas tendientes a potenciar proceso de reinserción social. Además, apoyar la gestión de proyectos específicos de promoción de la salud.

La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección C.2: Actividad Comunitaria en Salud Mental.