



# **MANUALES SERIES**

## **REM 2012-2013**

## INDICE

|   |     |
|---|-----|
| <b>Generalidades Sobre Registros REM</b>  | 5   |
| <b><u>SERIE A</u></b>   |     |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.01<br>Controles de salud  | 10  |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.02<br>Examen de Medicina Preventiva (EMP) en Mayores de 15 Años   | 16  |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.03<br>Aplicación y Resultados de Escala de Evaluación             | 19  |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.04<br>Consultas   | 33  |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.05<br>Ingresos y egresos por Condición y Problemas de Salud       | 39  |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.06<br>Programa de Salud Mental atención Primaria y Especialidades | 55  |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.07<br>Atención de Especialidades                                  | 64  |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.08<br>Atención de Urgencia  | 74  |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.09<br>Atención de Salud Odontológica                              | 84  |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.10<br>Programa de Tuberculosis                                    | 99  |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.11<br>Exámenes de Pesquisa de enfermedades Trasmisibles           | 103 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.19a<br>Actividades de Promoción y Prevención de Salud             | 111 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.19b<br>Actividades de Participación Social                        | 118 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A23<br>Salas: Ira, Era y mixtas en APS                              | 126 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.24<br>Atención en Maternidad                                      | 133 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.25<br>Servicios de Sangre   | 138 |

|   |     |
|---|-----|
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.26<br>Actividades en Domicilio y Otros Espacios | 145 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.27<br>Educación para la Salud                   | 148 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-A.28<br>Rehabilitación Física                     | 151 |

### **SERIE BM**

|  |     |
|--|-----|
| Resumen Estadístico Mensual REM-BM.18<br>Actividades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico<br>(Uso Exclusivo Establecimientos Municipales)            | 157 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-BM.18A<br>Libro de Prestaciones de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico<br>(Uso Exclusivo Establecimientos Municipales) | 163 |

### **SERIE BS**

|   |     |
|---|-----|
| Resumen Estadístico Mensual REM-BS.0<br>Facturación Pago por Prestaciones Institucionales (P.P.I)   | 166 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-BS.17<br>Actividades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico   | 167 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-BS.17A<br>Libro de Prestaciones Apoyo Diagnóstico y Terapéutico<br>(Uso Exclusivo Establecimientos del Servicio de Salud y Delegados) | 179 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-BS.17C<br>Libro de Prestaciones Apoyo Diagnóstico y Terapéutico   | 182 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-BS.17D<br>Compra de Servicios de Prestaciones de Apoyo Diagnóstico y<br>Terapéutico Realizadas  | 184 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-BS.21<br>Pabellones Quirúrgicos y Otros Recursos Hospitalarios  | 185 |

### **SERIE C**

|   |     |
|---|-----|
| Resumen Estadístico Mensual REM-C<br>Actividad de Protección Específica | 195 |
|---|-----|

## **SERIE D**

|   |     |
|---|-----|
| Resumen Estadístico Mensual REM-D.15<br>Programa Nacional de Alimentación Complementaria (P.N.A.C)                        | 200 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-D.16<br>Programa Nacional de Alimentación Complementaria<br>Del Adulto Mayor (P.A.C.A.M.) | 207 |

## **SERIE P**

|  |     |
|--|-----|
| Resumen Estadístico Mensual REM-P1<br>Población en Control Programa de Salud de la Mujer y Familia                           | 211 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-P2<br>Población en Control Programa de Salud del Niño  | 217 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-P3<br>Población en Control Otros Programas   | 221 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-P4<br>Población en Control Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)                           | 227 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-P5<br>Población en Control Programa de Salud del Adulto Mayor                                | 234 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-P6<br>Población en Control Programa de Salud Mental en Atención<br>Primaria y Especialidades | 237 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-7<br>Familias en Control de Salud Familiar   | 239 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-P8<br>Población en Control Programa de Rehabilitación Física                                 | 242 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-11<br>Población en Control Programa de Infecciones de Trasmisión<br>Sexual- VIH/SIDA         | 244 |
| Resumen Estadístico Mensual REM-P12<br>Cobertura de Cáncer de Cuello Uterino y Cáncer de Mama<br>(Semestral)                 | 246 |
| ANEXO<br>Instrucciones de Registro Para los Equipos PRAIS  | 247 |

## GENERALIDADES SOBRE REGISTRO REM

### 1. REGISTRO DE SERIES EN LOS DISTINTOS TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS

Dada las necesidades de información que día a día se enfocan en fortalecer el principio estadístico "la actividad realizada se registra donde se hace" y la demanda de información REM, para ser fuente de Indicadores de Gestión, Cumplimiento de Programas y toma de decisiones en salud, es que se requiere que cada establecimiento con código DEIS asignado, informe su producción de atenciones y población en control individualmente, sin consolidarla en algún establecimiento en particular (Ej: antiguos consolidados de Postas Comunales, Actividades de CECOF informadas en CESFAM Madre, etc.) . Se requiere entonces que cada establecimiento de salud informe individualmente Series REM A, BS, BM, C y D, según corresponda.

En particular, en concordancia con lo antes expuesto, los **CECOF** que estaban informando sólo series A y/o BM, se requiere que completen el envío de su información, confeccionando además las series C y D, cuando corresponda.

### 2. INFORMACIÓN A REGISTRAR EN ESTABLECIMIENTO DIRECCIÓN DEL SERVICIO (010)

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. En todo caso se recomienda insistir en el traspaso de estos dispositivos a establecimientos de salud oficiales.

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, prima el principio estadístico "**La actividad se registra en el lugar donde se ejecuta la acción**", poniendo énfasis en la cobertura y población real atendida. En el caso particular de los COSAM, esto deben solicitar código de establecimiento e informar sus registros individualmente.

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 (Ejemplo: PRAIS). No olvidar incluir las compras de servicio a externos en 17D.

### **3. INFORMACIÓN A REGISTRAR EN PRAIS (011)**

Dada la necesidad de conocer la producción de los equipos PRAIS en cada Servicio de Salud es que DEIS (2006) acordó que para cuantificar los registros de las actividades que efectúan, se deberá informar la estadística con el código de establecimiento 011.

Este establecimiento debe confeccionar sólo SERIE A. Las orientaciones de registro de producción de actividades que estos equipos realizan se detallan en Anexo de este Manual.

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

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

DEIS en el año 2006 asignó el código 012, para las Clínicas Dentales Móviles, dada la demanda de información del funcionamiento de esta estrategia de atención.

En algunos Servicios de Salud existen más de una Clínica Dental Móvil, por lo que aparecen códigos 013,014 también, asignada 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 en lo físico independiente de un establecimiento de Salud, se les asignará código sólo a aquellos establecimientos que existan con Resolución de Creación que los respalde. Aquellos que no poseen Resolución deberán seguir informando como lo hacían hasta ahora en Código 010 de la Dirección del Servicio. Y los que funcionan en las dependencias de establecimientos deben seguir informando en los establecimientos donde se realiza la actividad.

## 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.

## 7. COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS

Recordar que las actividades ejecutadas por compras de servicio NO forman parte de la producción propia de los establecimientos, por lo que éstas deben ser registradas SÓLO en las secciones que se han dispuesto para estos fines (**Serie A:** REM A07, A08, A09 , A10, A11 y A26, **Serie BM:** 18y 18A, **Serie BS:** 17, 17D).

Respecto a las ventas de servicios realizadas por algunos establecimientos, como Hospitales de Mediana y Mayor Complejidad, éstas tampoco deben ser informadas como producción propia del establecimiento en Serie A (Ejemplo: REM 10 y 11), para efecto de NO duplicar la información pues también existe sección para informar las compras que realizan los establecimientos que compran. Los establecimientos que venden servicios sólo deben registrar la producción propia entregada a sus beneficiarios ya sean las actividades originadas en sus propias dependencias o a aquellas solicitudes de actividades que son recepcionadas por ser centro de referencia designado por la red.

Para la Serie BS en específico REM 17, 17A, 17C, la venta de servicio se incluye en el total de la producción. Se informa en la columna **total** pero NO en la columna beneficiarios, además de informarla en la columna Venta de Servicios. Por lo tanto estas acciones vendidas no serán ni deben ser facturadas.

## 8. REM PROGRAMA DE TUBERCULOSIS (A10)

Para este año las instrucciones generales de registro son que en este REM sólo deben registrar aquellos establecimientos que poseen laboratorios donde se procesan los exámenes (Baciloscopías y Cultivos). Por lo que las secciones A.1 y B.1 deben ser informadas sólo por ellos. Para aquellos que compran servicio, desde este año podrán registrar en dos nuevas secciones A.2 y B.2, todos los exámenes resueltos por esta modalidad.

Para efectos de la población en control, la sección C, debe ser completada con información que proporcione el/la Encargada del Programa y esta debe ser registrada en el Hospital Base del Servicio de Salud. Para más detalle ver Manual REM A10.

## **9. REM PROGRAMA DE COBERTURA DE CANCER DE CUELLO UTERINO Y CANCER DE MAMA (P12)**

En específico para Programa de Cáncer de Cuello Uterino, para este año las instrucciones de registro respecto a quien o quienes informan, corresponden a que la Sección A: de Población Femenina con PAP vigente debe ser informada por establecimiento, para efectos de medir la real cobertura de mujeres con PAP vigente. Para esto debe existir una coordinación al interior de cada Servicio de Salud para poder hacer llegar al información extraída de Citoexpert a los establecimientos de procedencia de las mujeres.

En Sección B: PAP REALIZADOS E INFORMADOS SEGÚN RESULTADOS, debe informar aquel establecimiento que cuenta con Laboratorio con técnica de citología, donde se procesan centralizadamente los PAP.



# **REM 2012-2013**

## **SERIE A**

## RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.01

### CONTROLES DE SALUD

#### I. ESTRUCTURA DEL 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: CONTROLES DE EMBARAZO CON PAREJA, FAMILIAR U OTRO

SECCIÓN F: CONTROLES DE SALUD CON PRESENCIA DEL PADRE

SECCIÓN G: CONTROLES DE SALUD DEL ADOLESCENTE

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-A.01

SECCIÓN A: CONTROLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

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 biosicosocial 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 puérpera 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 púérpera 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.

## SECCIÓN B: CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL

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.

\*Fuente: Norma Administrativa, Programa Nacional de Salud en la Infancia de 0 a 9 años, 2012.

## SECCIÓN C: CONTROLES SEGÚN PROBLEMA DE SALUD

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 según Problema de Salud, Infección de Transmisión Sexual: Corresponde a la atención de seguimiento y tratamiento, otorgada en forma sistemática y periódica al paciente diagnosticado con alguna ITS, en establecimientos con nivel primario de atención.

Otros Problemas de Salud: Es la atención sistemática y periódica otorgada a personas en establecimientos con nivel primario de atención, que presentan enfermedades crónicas no cardiovasculares (epilepsia, enfermedades crónicas respiratorias, malnutrición por déficit o exceso, entre otras), previamente diagnosticadas y con tratamiento establecido, con fines de control y seguimiento.

## SECCIÓN D: CONTROLES DE SALUD GRUPAL

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 (medico 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.

\*Fuente: Norma Administrativa, Programa Nacional de Salud en la Infancia de 0 a 9 años, 2012.

#### SECCIÓN E: CONTROLES DE EMBARAZO CON PAREJA, FAMILIAR U OTRO

Control de Embarazo con Pareja, Familiar u Otro: Corresponde a la atención proporcionada por Médico o Matrón (a) en establecimientos con nivel primario de atención, en la cual la mujer gestante asiste a su control prenatal **acompañada** de su pareja, familiar u otra persona significativa, con el objeto de fortalecer vínculos afectivos sólidos, en el marco de una adecuada relación de pareja y familia y sus roles parentales.

#### SECCIÓN F: CONTROLES DE SALUD CON PRESENCIA DEL PADRE (INCLUIDOS EN SECCIÓN A o SECCIÓN B)

Control de Salud con Presencia del Padre: Corresponde a la atención otorgada en el control de salud de la diada (madre e hijo) o en el control de salud del niño (a) sano, en la que participa el padre, con el objeto de estimular y fortalecer los vínculos afectivos de éste, promover la responsabilidad compartida en la crianza con un buen trato y en el marco de una adecuada relación de pareja y familia y sus roles parentales. Se considera también aquellos controles de salud a las cuales asiste solo el padre con su hijo(a). Actividad proporcionada en establecimientos con nivel primario de atención.

#### SECCIÓN G: CONTROL DE SALUD DEL ADOLESCENTE (INCLUIDAS EN SECCIÓN B)

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\*.

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.

(\*) 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).

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-A.01

- **Sección A:** se registra el número de controles efectuados por médico y matrona, desagregados según el grupo de edad de la mujer y sexo de las personas atendidas para el caso de los controles de regulación de fecundidad. 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.

Si existen controles de salud de puérpera con recién nacido (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.

NOTA: Para el caso de las mujeres en estado de puerperio que asiste SIN su recién nacido (por encontrarse hospitalizado, en incubadora, etc.), al primer control de salud (primeros 10 días o entre los 11 y 28 días después del parto), se debe registrar en Sección A, como Control Post Parto y Post Aborto. No corresponde a un control de "diada".

Para el caso de los recién nacidos que asisten al primer control de salud (primeros 10 días o entre los 11 y 28 días de vida), en compañía del padre u otra familiar (madre ausente por fallecimiento, hospitalización, etc.) se debe registrar en Sección B, como control de salud según ciclo vital, menor de 1 mes. No corresponde a un control de "diada".

- **Sección B:** se registra el número de controles efectuados, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, por el funcionario que realiza la actividad. 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 registros en los grupos de edad de 12 a 17 meses o de 18 a 23 meses, controles efectuados por técnico paramédico, corresponderán solo a los niños (as) que se encuentren en zonas rurales o aisladas, o que por razones de fuerza mayor, este funcionario otorga la atención. En el caso que realice controles de salud a Menores de 1 años, se deberá llevar registro local.

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.

- **Sección C:** se registra el número de controles efectuados, desagregados según el grupo de edad y sexo de las personas atendidas, por el funcionario que realiza la actividad y el tipo de control diferenciado por problema de salud cardiovascular, de tuberculosis, de infección de transmisión sexual y de otros problemas de salud.
- **Sección D:** Se registra el número de controles **grupales** efectuados por profesional a niños (as) de 24 meses y 4 años de edad. Los controles efectuados en grupos de 5 a 9 años corresponden a los controles realizados por profesional médico o enfermera en los establecimientos educacionales o en centro de salud.

- **Sección E:** se registra el número de controles proporcionados a gestantes con acompañamiento de pareja u otro familiar efectuados por médico o matrón (a), los que deben estar incluidos en Sección A: "Control Prenatal".
- **Sección F:** se registra el número de controles efectuados a niños (as) menores de 1 año y de 1 a 4 años de edad, que fueron presenciados por el padre, los cuales deben estar incluidos en la Sección A: "Control de puérpera con recién nacido menor a 10 días o de 11 a 28 días de vida", o en Sección B: "Controles de Salud según Ciclo Vital", según el grupo de edad correspondiente.

Nota: Se incluye en el registro aquellos controles de salud a las cuales asiste solo el padre con su hijo(a).

- **Sección G:** se registra el número de controles de adolescentes de 10 a 14 años o de 15 a 19 años, según sexo, efectuados en establecimientos con nivel primario de atención en "espacio amigable". Estos controles deben estar incluidos en la Sección B, en el grupo de edad que corresponda.

## RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.02

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

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-A.02

SECCIÓN A: EMP REALIZADO POR PROFESIONAL

SECCIÓN B: EMP SEGÚN RESULTADO DEL ESTADO NUTRICIONAL

SECCIÓN C: RESULTADOS DE EMP SEGÚN ESTADO DE SALUD

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

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-A.02

SECCIÓN A: EMP REALIZADO POR PROFESIONAL

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 morbimortalidad asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables. Incluye la realización de exámenes y/o la aplicación de evaluaciones según riesgo.

El Examen de Medicina Preventiva aborda la pesquisa activa de alcoholismo a través del cuestionario AUDIT, factores de riesgo asociadas a enfermedades cardiovasculares (tabaquismo, obesidad, sedentarismo, entre otras), problemas de salud mental, del embarazo, detección del cáncer cervicouterino y de mama, alteraciones de la funcionalidad en adultos mayores y conductas de riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y VIH-Sida.

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.

SECCIÓN B: EMP SEGÚN RESULTADO DEL ESTADO NUTRICIONAL

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.

SECCIÓN C: RESULTADOS DE EMP SEGÚN ESTADO DE SALUD



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.

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

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

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-A.02

- **Sección A:** se registrarán los EMP que **se realicen** en el establecimiento, desagregados por profesional que efectúa la actividad y sexo de los atendidos. Por la dificultad existente en el nivel local en relación a realizar un seguimiento a los EMP para cerrar esta actividad, se deberá registrar preferentemente los EMP efectuados, sin la necesidad de haberlos concluidos **en el mes del informe del REM.**

Las atenciones posteriores a la aplicación de un EMP, se deben registrar en REM A01 en la sección que corresponda, si es un control de salud (seguimiento), o en REM A04, si es una consulta por morbilidad detectada.

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 "Contro" de la Serie A.

- **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 EMP anualmente, deberá ser registrado en el grupo de edad correspondiente, independiente que ya pertenezca al Programa de Salud Cardiovascular u otro Programa de Salud.

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:** se registrará el número de “resultados” de los EMP realizados, clasificados según tabaquismo y presión arterial elevada detectada al momento de aplicar el EMP, por edad y sexo de las personas atendidas. La suma de estos resultados **NO** debe ser consistente con las secciones A y B, ya que 1 EMP puede presentar los 2 resultados descritos en esta sección.
- **Sección D:** se registrará el número de “resultados” de los EMP realizados, clasificados según glicemia alterada y colesterol elevado confirmados a través de un **examen de laboratorio**, por edad y sexo de las personas atendidas. La suma de los resultados de esta sección **NO** debe ser consistente con las secciones A y B, ya que 1 EMP puede presentar los 2 resultados descritos en esta sección, 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 **solo** el resultado del examen, cuando se obtengan los resultados.

## RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A03

### APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-A.03

SECCIÓN A: APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

SECCIÓN B: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

SECCIÓN C: NIÑOS Y NIÑAS CON REZAGO, DÉFICIT U OTRA VULNERABILIDAD DERIVADOS A ALGUNA MODALIDAD DE ESTIMULACIÓN EN LA PRIMERA EVALUACIÓN

SECCIÓN D: RESULTADOS DE OTRAS APLICACIONES

SECCIÓN D.1: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PAUTA BREVE

SECCIÓN D.2: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLO NEUROSENSORIAL

SECCIÓN D.3: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALA DE EDIMBURGO

SECCIÓN D.4: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PAUTA DE OBSERVACIÓN DE LA RELACIÓN VÍNCULAR

SECCIÓN D.5: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN ESCALA ASQ

SECCIÓN E: LACTANCIA MATERNA EN MENORES CONTROLADOS

SECCIÓN F: EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL A MUJERES CONTROLADAS AL OCTAVO MES POST PARTO

SECCIÓN G: APLICACIÓN DE ESCALA SEGÚN EVALUACIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL ABREVIADA A GESTANTES

SECCIÓN H: APLICACIÓN DE ESCALA DE EDIMBURGO A GESTANTES Y MUJERES POST PARTO

SECCIÓN I: EVALUACIÓN DE SALUD INTEGRAL A ADOLESCENTES

SECCIÓN J: APLICACIÓN DE INSTRUMENTO E INTERVENCIONES POR PATRÓN DE CONSUMO ALCOHOL – PROGRAMA VIDA SANA

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-A.03

SECCIÓN A: APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Pauta Breve: Es un test de tipo preventivo aplicado durante el control del niño sano y busca detectar a los niños y las niñas con probabilidad de presentar problemas en su desarrollo psicomotor o confirmar que tiene el curso esperado de dicho desarrollo para la edad.

La Pauta Breve se aplica en todos los controles de salud en los cuales NO se realiza aplicación de escala de evaluación de desarrollo psicomotor (EEDP-TEPSI), con el fin de revisar el normal desarrollo del niño(a), es decir en el Control de Salud a los 4 y 12 meses de edad en el primer año de vida y en los Controles de Salud a los 15 meses, 21 y 24 meses en el segundo año.\*

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.\*

Con el objetivo de aumentar la detección de riesgo y retraso, 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. (Ver Manual de apoyo y seguimiento del desarrollo del niño(a) de 0 a 6 años, pág. Nº 71-81)

Estas escalas de evaluación también pueden ser aplicadas en Visita Domiciliaria, Jardín Infantil o Establecimiento Educacional que corresponda, pero deben ser registradas en el Centro de Salud.

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. \*

Escala de Edimburgo: se refiere a un test de evaluación que tiene como objetivo la detección de signos tempranos de depresión post parto en la madre durante el "Control de Salud del niño(a) Sano(a)" a los 2 y 6 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.

Escala ASQ (Desarrollo Psicomotor):

Agas and Stages Questionnaires (Cuestionario de Edades y Etapas)

Corresponde a un instrumento de evaluación para la detección de alteraciones en el desarrollo psicomotor infantil, compuesto por 21 cuestionarios diseñados para ser respondidos por padres y cuidadores de niños(as) entre 1 mes y 5 años y medio de edad. Cada cuestionario contiene 30 preguntas sobre las siguientes áreas de desarrollo: Comunicación, Motora Gruesa, Motora Fina, Resolución de problemas, Personal-Social.

Este instrumento es respondido por la madre, padre o cuidador (a) a los 8 y 18 meses de edad del niño (a) (grupos priorizados) y recepcionada por el profesional en el control de salud de los 12 y 18 meses.

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

## SECCIÓN B: RESULTADOS DE APLICACIÓN DE ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Corresponde a la evaluación del desarrollo psicomotor de los niños menores de 5 años, registrada según resultados y tipo de evaluación, considerándose como:

Primera Evaluación: A las evaluaciones masivas del desarrollo psicomotor (EEDP o TEPSI) 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.

Reevaluación: Corresponde a la aplicación de la escala de evaluación de desarrollo psicomotor (EEDP o TEPSI) realizada a niños(as), que fueron detectados con riesgo o retraso en su desarrollo psicomotor en el control de los 8 meses, 18 meses o 3 años de edad, en una primera evaluación. La reevaluación tiene como objetivo medir la eficacia de las acciones de recuperación.

Se contempla el siguiente esquema de reevaluación (de acuerdo a Manual\*):

- Niños(as) de 8 meses deben ser reevaluados en el control de salud de los 10 meses.
- Niños(as) de 18 meses deben ser reevaluados con el control de salud de los 21 meses, en el entendido que se han realizado a lo menos 2 consultas por déficit del desarrollo. En el caso de persistir la condición de riesgo, el niño menor de 2 años debe ser citado a tres consultas de déficit y tener una segunda reevaluación (3 meses después), si esta condición persiste debe ser derivado a médico.
- Niños(as) de 3 años deben ser reevaluados en el control de los 3 años 6 meses, en el entendido que se han realizado a lo menos 3 consultas por déficit del desarrollo.

(\*) Manual para el seguimiento y apoyo al desarrollo integral de niños de 0 a 6 años MINSAL 2008, pág. 75-76-80.

La reevaluación con resultado Normal corresponde a la evaluación aplicada al niño o niña que obtiene el puntaje necesario para categorizar como Coeficiente de Desarrollo NORMAL, es decir que los niños(as) detectados con rezago, riesgo o retraso se recuperaron de su estado.

Las Reevaluaciones con resultado Normal serán clasificados de la siguiente forma:

Normal (de Rezago): son aquellos niños (as) que al ser realizada la reevaluación obtuvieron puntaje como Normal y provenía de la primera evaluación como resultado Normal con Rezago.

Normal (de Riesgo): son aquellos niños (as) que al ser realizada la reevaluación obtuvieron puntaje como Normal y provenía de la primera evaluación como resultado Riesgo.

Normal (de Retraso): son aquellos niños (as) que al ser realizada la reevaluación obtuvieron puntaje como Normal y provenía de la primera evaluación como resultado Retraso.

El resultado "Normal con Rezago", corresponde a los niños (as) que al ser reevaluados obtienen como resultado categoría Normal con Rezago.

El resultado "Riesgo", corresponde a los Niños (as) que al ser reevaluados obtienen como resultado categoría Riesgo (según normativa Tepsi-EEDP)

El resultado "Retraso", corresponde a los Niños (as) que al ser reevaluados obtienen como resultado categoría Retraso (según normativa Tepsi-EEDP)

En "Derivados a especialidad" corresponde a los casos en riesgo o retraso que no se recuperan y deben ser derivados a especialista.

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

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 limítrofe, 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.)

## SECCIÓN D: RESULTADOS DE OTRAS APLICACIONES

### SECCIÓN D.1: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PAUTA BREVE

Corresponde al screening 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.

(Ver Anexo N°7, Manual de apoyo y seguimiento del desarrollo del niño(a) de 0 a 6 años, pág. 69)

### SECCIÓN D.2: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLO NEUROSENSORIAL

Corresponde al tamizaje del 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.

(Ver Anexo N°3, Manual de apoyo y seguimiento del desarrollo del niño(a) de 0 a 6 años, pág. 62)

### SECCIÓN D.3: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALA DE EDIMBURGO

Corresponde a la pesquisa de depresión post parto en madres de niños (as) de 2 y 6 meses de edad, detectado a través del instrumento "Escala de Edimburgo", que tiene como resultados las categorías: Madre con síntomas de depresión post parto, o Madre sin síntomas de depresión post parto.

(Ver Anexo N°4, Manual de apoyo y seguimiento del desarrollo del niño(a) de 0 a 6 años, pág. 64)

### SECCIÓN D.4: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE PAUTA DE OBSERVACIÓN DE LA RELACIÓN VÍNCULAR

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. Son niños (as) activos en la búsqueda del cariño y la contención, y cuando se sienten tranquilos suelen ser curiosos en la exploración. Los padres de niños (as) con apego seguro, son sensibles y empáticos con el niño (a) y sus necesidades, son comprometidos en todos los procesos de la crianza,

y por sobre todo, entregan un cuidado estable, coherente y predecible. 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). Por esta razón, parecen niños (as) muy independientes, controlados y denotando pocas expresiones afectivas hacia los padres, es decir, buscan más la exploración que el contacto afectivo con los padres. Los padres de niños (as) con apego evitante suelen evitar el contacto afectivo con el niño (a) y más bien estimulan la lejanía física. 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. El niño (a) NO suele explorar el ambiente, ya que busca constantemente a la madre, siempre de un modo muy ansioso y frustrado. Los padres de niños con apego ambivalente, tal como lo expresa su nombre, suelen realizar conductas inconsistentes, especialmente en momentos de stress del infante. Es decir, que tienen dificultad en la entrega de un cariño consistente y estable, al pasar fácilmente de la sobreprotección y la intrusividad (falta de respeto en los límites), a la falta de protección y la indiferencia. Es el perfil determinado por conductas ubicadas especialmente en el puntaje 5.

(Ver Anexo N°6, Manual de apoyo y seguimiento del desarrollo del niño(a) de 0 a 6 años, pág. 67)

#### SECCIÓN D.5: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN ESCALA ASQ

Corresponde a la evaluación del desarrollo psicomotor infantil a los 8 y 18 meses de edad, detectada a través del instrumento "Escala ASQ" utilizada por los padres o cuidador, que tiene como resultados las categorías: Normal, Riesgo y Retraso.

#### SECCIÓN E: LACTANCIA MATERNA EN MENORES CONTROLADOS

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.

Controles del Mes: Corresponde a los controles que se realizan al 1º, 3º, 6º y 12º mes de edad de los menores:

| 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 |

**(\*) Nota:** exclusivamente para efectos de medir la lactancia materna en la población bajo control, NO para la ejecución de los controles de salud, ya que el control del mes se efectúa desde los 28 días en adelante.

Menores Controlados: Corresponde al número de niños (as) que en el mes informado fueron controlados según el control sano del 1º, 3º, 6º o 12º mes.

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 3º y 6º 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.

#### SECCIÓN F: EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL A MUJERES CONTROLADAS AL OCTAVO MES POST PARTO.

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).

#### SECCIÓN G: APLICACIÓN DE ESCALA SEGÚN EVALUACION DE RIESGO PSICOSOCIAL ABREVIADA A GESTANTES

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.

La Gestante, que como resultado de la aplicación de la pauta de riesgo psicosocial presenta factores de riesgo, en particular problemas de salud mental, violencia de género, consumo de sustancias, maternidad adolescente y/o baja escolaridad, es derivada al equipo de cabecera de su sector para el estudio y diseño del plan de acción personalizado que favorezca el mejor desarrollo de su proceso de gestación.

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.

#### SECCIÓN H: APLICACIÓN DE ESCALA DE EDIMBURGO A GESTANTES Y MUJERES POST PARTO

Escala de Edimburgo: es un instrumento de tamizaje, diseñado específicamente para la detección de la depresión en madres en etapa de gestación y puerperio.

Con el fin de pesquisar signos tempranos de depresión, se aplica a la gestante durante su primer Control Prenatal, en el cual si obtiene un puntaje de 11 o más puntos, se debe repetir la aplicación (reevaluar) entre 2 o 4 semanas después de realizada la primera evaluación.

Para el caso de las mujeres en etapa de puerperio, se aplica el instrumento durante el Control de Diada (a los 10 días), Control de Post-Parto o Aborto y/o en el Control de Regulación de Fertilidad (2 y 6 meses post parto). Si presenta un puntaje de 9 o más puntos indicará que se debe hacer algún tipo de intervención (por ejemplo visita domiciliaria).

Este test consta de un cuestionario de 10 preguntas y que al aplicarlo, su resultado, dependiendo de su puntuación es: Madre con síntomas de depresión post parto, o Madre sin síntomas de depresión post parto.

#### SECCIÓN I: EVALUACIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES

Corresponde a la atención de salud integral de adolescentes, que permite evaluar el estado de salud, el crecimiento y normal desarrollo de éstos. Se puede evaluar a través de la Ficha CLAP o de otro instrumento.

Ficha CLAP: Es un instrumento validado por la OPS/OMS, que fue diseñada para facilitar el registro de la atención de salud integral de adolescentes; es un elemento importante de apoyo a la atención y a la gestión y es parte de la ficha clínica.

Tiene un rendimiento de 45 minutos aproximados, por lo que puede ser completado en dos consultas de 30 minutos cada una, recomendándose que ambas sean realizadas por el mismo profesional. En todo momento se debe priorizar la calidad de la relación que se establece con el/la adolescente y la resolución de su demanda, verbalizada o latente, respetando la privacidad y confidencialidad y evaluando la oportunidad para requerir la información.

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.

## SECCIÓN J: APLICACIÓN DE INSTRUMENTO E INTERVENCIONES POR PATRÓN DE CONSUMO ALCOHOL – PROGRAMA VIDA SANA

Evaluación del Patrón de Consumo: 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”).

AUDIT: Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test), es un instrumento de evaluación para identificar en personas el consumo de riesgo o trastornos asociados al consumo (consumo problema, dependencia).

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve.

El AUDIT-C, las 3 primeras preguntas del AUDIT, como instrumento específico ha demostrado tener equivalente sensibilidad y especificidad que el cuestionario completo, para diferenciar entre consumo de bajo riesgo y consumo de riesgo, de manera que debe ser realizado como inicio de la intervención.

Este instrumento entrega tres tipos de 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.

En AUDIT, cuando se obtiene un puntaje entre 8 a 15 puntos.

Las personas que se encuentran en esta categoría 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, a partir del señalamiento y la conversación acerca de las características específicas que lo determinan: trago estándar del consultante (medición del consumo de alcohol) y guías para el consumo de bajo riesgo (cantidad de consumo, velocidad del consumo, situaciones de no consumo).

Esta intervención toma 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.

La intervención se realiza en función de las características específicas que determinan el riesgo del consumo de alcohol: trago estándar del consultante (medición del consumo de alcohol) y guías para el consumo de bajo riesgo (cantidad de consumo, velocidad del consumo, situaciones de no consumo).

Esta intervención toma 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. La referencia debe ser acompañada y realizada dentro del mismo establecimiento de salud, por ejemplo dentro del Programa de Salud Mental Integral.

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

(\*) Ver Guía "Intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo: Guía técnica para atención primaria de salud", incluyendo versión del AUDIT y otros instrumentos.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-A.03

- **Sección A:** se registra la actividad que corresponde a la aplicación en los Controles de Salud Sano de las escalas: Pauta Breve, Escala de Evaluación o Test del Desarrollo Psicomotor, Protocolo Neurosensorial, Escala de Edimburgo, Pauta de observación de la relación vincular y Escala ASQ (Desarrollo Psicomotor). Como la aplicación de estas escalas está definida por norma técnica y se señala en el "Manual para el seguimiento y apoyo al desarrollo integral de niños y niñas de 0 a 6 años" - MINSAL 2008, las evaluaciones deben efectuarse en Controles de Salud a edades específicas, y se debe registrar en el tramo de edad correspondiente a dicha edad.

La aplicación de las diferentes pautas NO debe considerarse como Control de Salud y NO es facturable.

El instrumento de evaluación "Escala ASQ", se implementará en el transcurso del año 2012, por lo tanto, el registro de estas aplicaciones se verá reflejado progresivamente. El registro de la aplicación de esta pauta se debe realizar en el momento que sea recepcionada (una vez completada) por el equipo de salud.

- **Sección B:** 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.

En derivados a especialidad se registrarán los casos detectados en Riesgo y Retraso, por grupo de edad y sexo de los niños (as) atendidos, que después de algún tipo de intervención, siguen sin recuperarse de su estado inicial.

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.

- **Sección C:** 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) con resultado normal con rezago, riesgo y retraso que son derivados y registrados en la sección C, deben ser igual a los resultados de la primera evaluación según resultado, edad y sexo de la sección B.

Los niños(as) derivados que presentan Otra Vulnerabilidad, excluye a los niños(as) normal con rezago, riesgo o retraso.

El resultado "Otra Vulnerabilidad" debe ser mayor o igual a la suma de los resultados de apego evitante y ambivalente de la sección D.4, 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, 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. DEBERAN ser registrados de igual forma en las secciones de REM A03 y REM A05 correspondientes, y JUSTIFICAR en la hoja "Contro", los motivos por los cuales permanecen los mensajes de error en los respectivos REM.

- **Sección D:** se registra la totalidad de los resultados de las aplicaciones de las diferentes pautas de evaluación aplicadas, por edad y sexo de los niños (as) atendidos, según su clasificación respectiva.
- **Sección D.1:** La suma de los resultados registrados en Pauta Breve, debe ser igual a la totalidad de las aplicaciones registradas en Sección A, según edad.
- **Sección D.2:** La suma de los resultados registrados en Protocolo Neurosensorial, debe ser igual a la totalidad de las aplicaciones registradas en Sección A, según edad.
- **Sección D.3:** La suma de los resultados registrados en Escala de Edimburgo, debe ser igual a la totalidad de las aplicaciones registradas en Sección A, según edad.
- **Sección D.4:** La suma de los resultados registrados en Pauta de Observación de la Relación Vincular, debe ser igual a la totalidad de las aplicaciones registradas en Sección A, según edad.

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 C.

- **Sección D.5:** La suma de los resultados registradas en Escala ASQ, debe ser igual a la totalidad de las aplicaciones registradas en Sección A, según edad.

- **Sección E:** 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 y 12avo 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.

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

- **Sección F:** se registra el número de mujeres controladas al octavo mes post-parto y clasificadas según estado nutricional, obesa, sobrepeso, normal y bajo peso.
- **Sección G:** 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.

- **Sección H:** se registra el número total de aplicaciones de la Escala de Edimburgo realizadas a gestantes al ingreso del control prenatal en una primera evaluación y las aplicaciones realizadas en la reevaluación, además de registrar las aplicaciones que den como resultado un puntaje de 11 o más puntos (factor de riesgo).

También, se debe registrar el número total de aplicaciones de la Escala de Edimburgo efectuadas a mujeres a los 10 días, a los 2 y 6 meses en condición de post parto, además de registrar las aplicaciones que den como resultado un puntaje de 9 o más puntos.

Las aplicaciones según puntaje deben estar contenidas en el total de aplicaciones.

Nota: En esta sección se debe registrar SOLO las aplicaciones de Escala de Edimburgo efectuadas a mujeres en el "Control Prenatal", "Control Post Parto o Post Aborto" y/o en el "Control de Regulación de Fertilidad".

- **Sección I:** se registra el número de aplicaciones realizadas a los adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años, según sexo, efectuadas en espacios amigables u

otros espacios del establecimiento de salud, en el que se utilice o no la Ficha CLAP.

Las evaluaciones realizadas con ficha CLAP a los adolescente de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, se registraran una vez completado el cuestionario.

Las evaluaciones realizadas a adolescentes de 15 a 19 años "sin" Ficha CLAP, se registraran en el REM A02, ya que corresponderá a un Examen de Medicina Preventiva.

- **Sección J:** se registra el número de evaluaciones aplicadas con el instrumento AUDIT o AUDIT C, sus resultados según categoría y puntaje, además de las intervenciones que se otorgan, clasificados por edad y sexo de los atendidos.



## RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.04

### CONSULTAS

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-A.04

SECCIÓN A: CONSULTAS MÉDICAS

SECCIÓN B: CONSULTAS DE PROFESIONALES NO MÉDICOS

SECCIÓN C: CONSULTAS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

SECCIÓN D: CONSULTAS EN EXTENSIÓN HORARIA SEGÚN JORNADA

SECCIÓN E: CONSULTAS DE MORBILIDAD SOLICITADAS Y RECHAZADAS DENTRO DE LAS 48 HRS. DE SOLICITADA LA ATENCIÓN

SECCIÓN F: CONSULTA MÉDICA ABREVIADA

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

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-A.04

SECCIÓN A: CONSULTAS MÉDICAS

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, Infección de Trasmisión Sexual, VIH-SIDA y Otras Morbilidades.

Las patologías descritas incluyen:

Infección Respiratoria Aguda (IRA) Alta: Rinofaringitis – Resfrío común – Faringitis-Adenoiditis – Rinitis aguda – Rinitis purulenta – Rinosinusitis-Sinusitis – Virosis respiratoria - Faringoamigdalitis – Amigdalitis aguda – Amigdalitis pultácea – Absceso amigdaliano Otitis media aguda – Otitis catarral – Faringootitis – Rinofaringootitis – Otitis Supurada – Mastoiditis.

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

Neumonía: Bronconeumonía, Neumonía, Síndrome neumónico, Neumopatía 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.

Ginecológicas: 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.

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.

## SECCIÓN B: CONSULTAS DE PROFESIONALES NO MÉDICOS

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 (ón) (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 (ón) (Infección Transmisión Sexual): Es la atención proporcionada a una mujer que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología por infección de transmisión sexual o por VIH-SIDA.

Consulta de Matrona (ón) (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 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): 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 Médico (Excluye UAPO): Es la atención individual proporcionada por Tecnólogo Médico 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 Médico por Vicio de Refracción (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 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 sociofamiliar del adulto, con vistas a favorecer el contacto y la relación de ésta con los Servicios Médicos, orientar en la solución de problemas sociales, coordinar las ayudas y subsidios y otros recursos legales a través de la acción intersectorial.

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

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.

SECCIÓN D: CONSULTAS EN EXTENSIÓN HORARIA SEGÚN JORNADA (Incluidas en Sección A y B)

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.

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

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.

SECCIÓN F: CONSULTA MÉDICA ABREVIADA.

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

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

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 médico 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 conoedora de las propiedades curativas de las plantas medicinales.

Púñeñelchefe: 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 elpütran – se trata de corregir una posición del bebe, acomodar el vientre y Ngülam o consejo para favorecer el normal crecimiento del püñeñ – hijo/a.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-A.04

- **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.

- **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.

- **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:** 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.
- **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 y adultos mayores de 65 y más años, realizadas durante horario normal y en extensión horaria.

- **Sección F**: se registra el Total de las consultas abreviadas realizadas por médico durante el mes informado. NO debe incluirse en Sección A.
- **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 ESTADISTICO MENSUAL REM-A.05

### INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-A.05

SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL  
SECCIÓN B: INGRESOS DE GESTANTES CON PATOLOGÍA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO A LA UNIDAD DE ARO  
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: INGRESOS AL PSCV  
SECCIÓN H: EGRESOS DEL PSCV  
SECCIÓN I: INGRESOS Y EGRESOS DE PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE, MODERADA Y SEVERA  
SECCIÓN J: INGRESOS Y EGRESOS AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD  
SECCIÓN K: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL  
SECCIÓN L: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL (ALTAS)  
SECCIÓN M: INGRESOS AL PROGRAMA DE ALCOHOL Y DROGAS EN APS  
SECCIÓN N: EGRESOS DEL PROGRAMA ALCOHOL Y DROGAS EN APS  
SECCIÓN O: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN (PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS)  
SECCIÓN P: INGRESOS Y EGRESOS A PROGRAMA INFECCIÓN POR TRANSMISIÓN SEXUAL  
SECCIÓN Q: INGRESOS Y EGRESOS A PROGRAMA DE VIH/SIDA  
SECCIÓN R: INGRESOS Y EGRESOS POR COMERCIO SEXUAL  
SECCIÓN S: INGRESOS Y EGRESOS DEL PROGRAMA VIDA SANA - INTERVENCIÓN EN OBESIDAD

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-A.05

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.

Ingresos por traslado: se refieren a las personas que ingresan al establecimiento y que vienen trasladados de otro centro de salud de la red, del mismo Servicio de Salud u otro, para continuar con su tratamiento. Generalmente, se produce por cambio de domicilio. Estos ingresos o los reingresos **NO** se consideran como un ingreso a programa de salud.

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

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.

Egresos por traslado: se refieren a las personas que egresan de un establecimiento para trasladarse a otro centro de salud de la red, del mismo Servicio de Salud u otro, para continuar con su tratamiento. Generalmente, se produce por cambio de domicilio.

#### SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL

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.

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

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.).

#### SECCIÓN C: INGRESOS A PROGRAMA DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD, SEGÚN EDAD

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).

#### SECCIÓN D: INGRESOS A PROGRAMA CONTROL DE CLIMATERIO

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.

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

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)".

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

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 ideomotores, 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 subáreas 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.

## SECCIÓN G: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

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.

## SECCIÓN H: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

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 período 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.

## SECCIÓN I: INGRESOS Y EGRESOS AL PROGRAMA DE PACIENTES CON DEPENDENCIA LEVE, MODERADA Y SEVERA

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 escasas.

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.

## SECCIÓN J: INGRESOS Y EGRESOS AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD

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), el Índice de Katz 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. Este instrumento de evaluación reemplazará progresivamente durante el año 2012 al instrumento de evaluación Índice de Katz.

La clasificación según condición de funcionalidad es:

- Autovalente
- Autovalente con riesgo
- Riesgo de dependencia
- Dependiente Leve
- Dependiente Moderado
- Dependiente Grave
- Dependiente Total

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.

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.

## SECCIÓN K: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Ingresos: 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 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.

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

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 han sido diagnosticadas con depresión postparto.

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 autoreconocen con pueblo indígena u originario, que ingresan por primera vez al Programa de Salud Mental, para recibir atención y tratamiento de trastornos mentales.

#### 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 Infantil: Cualquier acción u omisión no accidental, que provoque daño físico o emocional, abuso sexual, negligencia o tratamiento negligente, explotación comercial o de otra índole, que resulte en un perjuicio real o potencial de salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño(a), en un contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder.

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.

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:**

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
- Posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol
- Otra sustancia como droga principal (excluye alcohol)
- Policonsumo
- Trastornos de ansiedad
- Alzheimer y otras demencias
- Trastornos conductuales asociados a demencia
- Esquizofrenia
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastorno hiperkinéticos, de la actividad y de la atención
- Trastornos emocionales y del comportamiento de la infancia y adolescencia
- Retraso mental
- Trastorno de personalidad
- Trastorno generalizados del desarrollo

### **SECCIÓN L: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL (ALTAS)**

Egreso o Alta: corresponde a las personas que egresan del Programa por concepto de Alta. Se considera "Alta" al acto en que un profesional responsable del Programa de Salud Mental da término a la modalidad de control de un paciente por cura, mejoría o inalteración 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 de Gestantes: Corresponde a las mujeres embarazadas que egresan del Programa de Salud Mental por concepto de alta, es decir cura, mejoría o inalteración de su estado de salud.

Egresos 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 o inalteración de su estado de salud.

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

#### SECCIÓN M: INGRESOS AL PROGRAMA DE ALCOHOL Y DROGAS EN APS

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.

Plan Ambulatorio Básico: corresponde al ingreso de personas al Programa, que tienen consumo perjudicial o dependencia de sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial leve o moderado, para diagnóstico y tratamiento.

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 a alcohol o a drogas, o a ambos tipos de sustancias, con nivel de compromiso psicosocial-físico leve o moderado.

Ingresos: corresponde 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.

#### SECCIÓN N: EGRESOS DEL PROGRAMA ALCOHOL Y DROGAS EN APS

Egresos: corresponde a las personas que egresan del Programa por concepto de Alta, es decir, finalizan su tratamiento por mejoría y recuperación.

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

## SECCIÓN O: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN (PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS)

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, es decir, finalizan su tratamiento por mejoría y recuperación o porque alcanzaron el nivel máximo posible de rehabilitación.

## SECCIÓN P: INGRESOS Y EGRESOS AL PROGRAMA INFECCIÓN POR TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

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:

- SIFILIS (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.

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, traslado, 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.

#### SECCIÓN Q: INGRESOS Y EGRESOS A PROGRAMA DE VIH/SIDA

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 de tratamiento, abandono a controles 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 Tratamiento: corresponde a las personas que estando con Tratamiento Antirretroviral (TARV), no han asistido a control ni a retirar medicamentos durante los últimos 6 meses.

Egresos por Abandono del Programa: corresponde a las personas que no han recibido Tratamiento Antirretroviral (TARV), y que no han asistido a control durante los últimos 12 meses.

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

#### SECCIÓN R: INGRESOS Y EGRESOS POR COMERCIO SEXUAL

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, traslado o fallecimiento.

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.

## **SECCIÓN S: INGRESOS Y EGRESOS DEL PROGRAMA VIDA SANA - INTERVENCIÓN EN OBESIDAD**

**NOTA: La División de Atención Primaria del Minsal, solicitó no registrar esta sección del REM, pues existe un sistema en web que les permite monitorear las acciones de esta estrategia en los establecimientos de atención primaria del país, que se encuentra recién en periodo de expansión.**

### **III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE 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 los 2 cortes semestrales establecidos (Junio y Diciembre), en los cuales se reflejará la disminución de población por concepto de egreso (por traslado) en un establecimiento y el aumento de población por concepto de ingreso (por traslado) en otro establecimiento. Ej: cuando se crea un nuevo centro de salud que asume la población de otro establecimiento.

- **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.

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:** 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:** 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.
- **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:** 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:** 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. DEBERAN ser registrados de igual forma en las secciones de REM A03 y REM A05 correspondientes, y JUSTIFICAR en la hoja "Contro", los motivos por los cuales permanecen los mensajes de error en los respectivos REM.

- **Sección G:** 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 H:** 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 I:** 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 J:** las personas clasificadas en "Riesgo de Dependencia" NO incluye el registro de las personas con "Dependencia Leve o Moderada", ya que son registros excluyentes.

Todo ingreso y egreso deberá ser registrado únicamente según la clasificación del instrumento "Índice de Barthel", tal como figura en la sección (independiente si se utiliza el instrumento Katz o Barthel en la evaluación). Sin embargo, los adultos mayores que sean evaluados con Índice de Katz e ingresan al programa por "**Dependencia Severa**", se deberá registrar como "**Dependiente Grave**". Esta homologación se realizará mientras exista población adulto mayor evaluada con Índice de Katz y otra población con Índice de Barthel.

Para los egresos se deberá registrar según el instrumento que se consideró al ingreso, es decir índice de Katz o índice Barthel, utilizando la misma homologación mencionada en párrafo anterior, en el momento que corresponda.

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 K:** 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.

- **Sección L:** se registra solo los egresos por concepto de mejoría o recuperación (alta). 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 M:** 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 N:** se registra solo los egresos por concepto de mejoría o recuperación (alta). 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.
- **Sección O:** 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 P:** se registra el número de ingresos al programa, según edad y sexo de las personas atendidas, por tipo de patología.

Si una persona padece 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 y traslados.

Los egresos por alta y abandono NO pueden ser mayor al "total de egresos" del programa.

- **Sección Q:** 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 de tratamiento, abandono del programa, fallecimientos y traslados.

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

- **Sección R:** 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".

- **Sección S: Esta sección no aplica para el registro.**

## RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.06

### PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES

#### I. ESTRUCTURA DEL 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 (NÚMERO DE SESIONES)

SECCIÓN B.3: CONSULTORÍAS DE SALUD MENTAL E INTERCONSULTAS DE ENLACE

SECCIÓN B.4: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN (PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS)

SECCIÓN B.5: ACTIVIDADES DE PSIQUIATRÍA FORENSE PARA PERSONAS EN CONFLICTO CON LA JUSTICIA (EN lo Penal, Civil, Familiar, etc.)

SECCIÓN B.6: 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

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES REM-A.06

SECCIÓN A. ATENCIÓN PRIMARIA

SECCION A.1: CONSULTAS

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.

## SECCIÓN A.2: CONSULTORÍAS DE SALUD MENTAL

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 contrarreferencia de pacientes entre ambos niveles de atención y garantizar los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de pacientes con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos.

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.

## SECCIÓN A.3: CONSULTAS EN EXTENSIÓN HORARIA SEGÚN JORNADA

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.

## SECCIÓN B. ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES

### SECCIÓN B.1: CONSULTAS

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, contrarreferencia a atención primaria, indicación de derivación y alta.

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.

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.

## SECCIÓN B.2: ACTIVIDADES GRUPALES (Nº DE SESIONES)

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.

## SECCIÓN B.3: CONSULTORÍAS DE SALUD MENTAL E INTERCONSULTA DE ENLACE

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

Consultorías Otorgadas: corresponde a las consultorías entregadas por el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría del nivel de especialidad al equipo general en APS.

Casos Revisados/Atendidos: Los casos revisados corresponden a los antecedentes clínicos de las personas revisados en la sesión de consultoría de salud mental junto al equipo de salud general en APS.

Interconsulta de Enlace: Actividad realizada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría en respuesta a interconsulta emanada de un servicio clínico hospitalario en relación con un paciente hospitalizado, o solicitada por el propio equipo especializado en salud mental y psiquiatría a otro servicio clínico. Incluye realizar o apoyar un diagnóstico médico, decidir pertinencia de derivación a atención primaria o especializada en salud mental, atención conjunta de pacientes y/o familiares (consulta psiquiátrica, consulta de salud mental), realizar reuniones clínicas de capacitación y de coordinación con equipos de otros Servicios Clínicos y de Servicios de Urgencia, entre otras actividades.

Los casos atendidos corresponden a las personas que reciben atención en salud mental y psiquiatría en el marco de la interconsulta emanada por otro servicio clínico hospitalario.

#### SECCIÓN B.4: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN (PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS)

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 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

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

#### SECCIÓN B.5: ACTIVIDADES DE PSIQUIATRÍA FORENSE PARA PERSONAS EN CONFLICTO CON LA JUSTICIA

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.

## SECCIÓN B.6: ATENCIÓN CERRADA

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

Integral 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 N° de personas atendidas desglosadas en menores de 20 años y mayores de 20 años.

Número de Egresos: Corresponde al número de personas que egresan de las Unidades en el periodo informado.

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.

## SECCIÓN C. ACTIVIDADES COMUNES EN AMBOS TIPOS DE ATENCIÓN

### SECCIÓN C.1:

#### ACTIVIDADES GRUPALES

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.

## SECCIÓN C.2: ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN SALUD MENTAL

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.

## SECCION C.3: INFORMES A TRIBUNALES

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

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-A.06

- **Sección A.1:** se registran las consultas por médico general, psicólogo(a), enfermera(o), matrona (ón), 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.
- **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.
- **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.

- **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 (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.

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.

- **Sección B.2:** se registra el número total de sesiones efectuadas por médico psiquiatra y psicólogo clínico.
- **Sección B.3:** se registra el número total de consultorías entregadas por el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, es decir el N° de consultorías efectuadas al equipo de la APS y no por cada integrante de dicho equipo.
- **Sección B.4:** se registra los Días Personas desglosadas por grupo 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 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.

- **Sección B.5:** 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 (menores de 10, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 64, y 65 y más años) y sexo. En la última columna se anota el número de actividades efectuadas a beneficiarios.

- **Sección B.6:** se registra el número de personas atendidas, número de egresos y días de estada 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.
- **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.
- **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)
- **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

#### **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.

#### **I. ESTRUCTURA DEL 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 DERIVIACIÓN 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: CONSULTORIAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL NIVEL SECUNDARIO EN APS

SECCIÓN F: CONSULTAS MÉDICAS RESUELTAS POR TELEMEDICINA

#### **II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-A.07**

SECCIÓN A.1: CONSULTAS MÉDICAS

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), Consulta de Especialidad de Reproducción y Consulta de Oncología Ginecológica.



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 Resolutividad con la calidad técnica potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, pertinencia diagnóstica y de derivación, enmarcada en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

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

propriadamente 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 citas 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 citas seguidas en un período de 12 meses o por renuncia del paciente a la atención, para lo que debe existir un registro de respaldo.

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

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.

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

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.

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

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.

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

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.

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

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.

#### SECCIÓN B: CONSULTAS Y CONTROLES POR OTROS PROFESIONALES EN ESPECIALIDAD

##### NIVEL SECUNDARIO

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 matró(a): Es la atención de seguimiento realizada por matró(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, ginecológico, ITS, SIDA, etc.

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 morbilidad de las mismas.

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

## SECCIÓN C: CONSULTAS INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y CONTROLES DE SALUD

### SEXUAL EN EL NIVEL SECUNDARIO (INCLUIDO EN SECCIÓN B)

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 y control de la infección por VIH/SIDA, o sus 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.

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).

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

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 y Otorrinolaringología, 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, ya sea de oftalmología u Otorrinolaringología, que fueron resueltas 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.

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

Consultorías Médicas de Especialistas: Corresponde a 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 contrarreferencia de pacientes entre ambos niveles de atención, y garantizar los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de pacientes con problemas de salud. Incluye atención conjunta de pacientes, revisión de fichas clínicas, análisis de casos, sesiones de capacitación y estudio, reuniones clínicas y reuniones de coordinación. 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).

Casos Revisados: corresponden a aquellos en que se revisaron los antecedentes clínicos de las personas, revisados en la sesión de Consultoría de Especialidad, junto al equipo de salud general.

Casos Atendidos: corresponden a las personas que reciben la atención en Especialidad.

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

## SECCIÓN F: CONSULTAS MÉDICAS RESUELTAS POR TELEMEDICINA

Esta prestación consta de la resolución de consultas de especialidad mediante Telemedicina en diferentes Especialidades Médicas con el objetivo primordial de establecer un canal más ágil de asesoramiento y comunicación entre profesionales, y al mismo tiempo comprobar en que medida las nuevas Tecnologías de la información pueden favorecer la práctica de los diferentes servicios médicos.

Una Especialidad en la que resulta evidente la aplicación de Teleconsulta es Dermatología. En este caso se deberá favorecer el envío de imágenes dermatológicas digitalizadas desde los Centros de Atención Primaria al Servicio de Dermatología del Hospital correspondiente, evitando desplazamientos innecesarios y agilizando la resolución de patologías dermatológicas de resolución ambulatoria.

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 teleconsultas 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.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-A.07

- **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 médicas de especialidad que se realicen en sus dependencias. Todas éstas 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 sólo en establecimientos de nivel secundario o terciario (las consultas de especialidad realizadas en APS no se registran en esta sección). Los datos se desglosan por edad de los consultantes en menores de 15 años y de 15 y más años, según el origen (APS, CAE/CDT de hospitales, CRS, Urgencia) y por especialidad.

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** 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** 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** 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** 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** 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** Se registrará el número de consultas realizadas en establecimientos de nivel secundario por los profesionales consignados en el REM, desagregados por grupos de edad (menor de 10 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 24 años, 25 a 64 años y 65 años y más), 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** Se registrarán las atenciones especificadas que realizan las enfermeras y matronas en establecimientos de nivel secundario. Estas se clasificarán por edad, sexo y beneficiarios. Estas deben estar incluidas en la sección B.
- **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).
- **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



finés de facturación las consultas que podría haber realizado en ese periodo de tiempo utilizado en las consultoría.

- **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 previsional, 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.

## RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.08

### ATENCIÓN DE URGENCIA

#### I. ESTRUCTURA DEL 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)

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES REM-A.08

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

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 Matrón(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.

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

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.

## 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)

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.

## SECCIÓN D: ATENCIONES DE URGENCIA REALIZADAS EN SAPU

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 adosados 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.

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

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.

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

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.

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

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 resolutoria 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.

#### SECCIÓN H: ATENCIONES MÉDICAS ASOCIADAS A VIOLENCIA DE GÉNERO

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.

#### SECCIÓN I: ATENCIONES POR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

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.

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

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.

#### SECCIÓN K: LLAMADOS PERTINENTES DE URGENCIA A CENTRO REGULADOR.

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 recibe 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.

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

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 Prehospitalaria 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 Prehospitalaria 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.

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

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.



### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES REM-A.08

**GENERALIDADES:** Para establecimientos de Atención Primaria se **enfatisa** 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 y Hospitales de menor Complejidad o SUR Y Postas Rurales si corresponde.

- **Sección A 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 matró(a) y requiere atención por médico, sólo corresponde el registro de éste último.

- **Sección A.2:** Corresponde registrar a todos los pacientes (menores de 15 y de 15 y más años, 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 C:** Se registra el número de consultas de urgencia/emergencia hospitalaria realizadas por médico especialista en la UEH, según las especialidades indicadas, en menores de 15 y de 15 y más años. 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:** Se registrará el número de atenciones de urgencia realizadas en SAPU por médico, enfermera, matrona y kinesiólogo, desagregados por grupos de edad (0 a 9 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 24, 25 a 64 años y 65 años y más) y sexo. En la última columna se consigna el número de atenciones efectuadas sólo a beneficiarios.
- **Sección E:** Se registra todas las consultas de urgencia efectuadas por médico, enfermera, matrona y técnico paramédico, desagregados por grupos de edad (0 a 9 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 24, 25 a 64 años y 65 años y más), 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, registraran 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:** 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:** 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 paciente 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), 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:** 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:** 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:** 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:** Se debe registrar el número de llamadas válidas recepcionadas en el Centro Regulador.

- **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:** 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.

## RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.09

### ATENCIÓN DE SALUD ODONTOLÓGICA

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-A.09

SECCIÓN A: CONSULTAS SEGÚN NIVEL

SECCIÓN B: OTRAS ACTIVIDADES DEL NIVEL PRIMARIO

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

SECCIÓN F: ACTIVIDADES EN ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES

SECCIÓN G: PROGRAMAS ESPECIALES Y GES

SECCIÓN H: SEDACIÓN Y ANESTESIA

SECCIÓN I: INGRESOS Y EGRESOS A TRATAMIENTOS EN ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

SECCIÓN J: ACTIVIDADES EFECTUADAS POR TÉCNICO PARAMÉDICO DENTAL Y/O HIGIENISTAS DENTALES

SECCIÓN K: HORAS ODONTOLÓGICAS NIVEL PRIMARIO Y SECUNDARIO

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES REM-A.09

SECCION A: CONSULTAS SEGUN NIVEL

Atención Primaria y Atención de Especialidades Odontológicas.

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 registraran como Consulta de Urgencia GES.

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.

## SECCION B: OTRAS ACTIVIDADES DE NIVEL PRIMARIO

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.

### 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: Acción 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 de 60 años

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: 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 definitivos 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 de 2 a 4 años, individualmente en la superficie de los dientes, según riesgo cariogénico. Se registra por sesión de aplicación de Flúor Barniz. Se realizara en el establecimiento educacional.

Pulido Coronario y Destartraje Supragingival: Corresponde a la sesión de profilaxis destinada a la eliminación de la placa bacteriana, del tártaro y de manchas o tinciones extrínsecas de tabaco, comida, bebida o medicamentos presentes en la corona clínica del diente y la corrección de obturaciones defectuosas que afecten la integridad de los tejidos periodontales.

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.

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 Interceptación de Anomalías Dento-Maxilares que se realicen en el nivel primario, así como también la instalación de mantenedores de espacio.

Se sugiere, a nivel local, para aquellos centros de salud o Servicios donde se realice el programa OPI, abrir en su registro diario la actividad interceptiva en mantenedor de espacio y otras actividades interceptivas.

### B.3.1. ACTIVIDADES RECUPERATIVAS

Exodoncia (Temporales + Permanentes): Es la extracción de una pieza dentaria, sea temporal o permanente, indicada y/o programada o por urgencia, en cualquier nivel de atención.

Obturaciones Amalgama: Es la obturación definitiva de una 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 una 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 una 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 una diente, temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante 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: 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 resinas compuestas.

Destartraje subgingival y Pulido Radicular: Corresponde a la sesión de 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.

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.

Urgencia por absceso submucoso, subperióstico u otro/o flegmón orocervical de origen odontogénico: registrar la sesión destinada a evaluar, derivar y /o medicar, según sea el caso, estas patologías GES.

Tratamiento GUNA: Corresponde a la sesión terapéutica destinada a eliminar los signos y síntomas agudos: dolor, inflamación, halitosis, sangrado.

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 urgencia actividad (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: sutura de tejidos blandos; 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 o ART): 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.

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, realizado en pacientes beneficiarios del GES de Embarazadas en APS.

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), realizadas en pacientes beneficiarios del GES de Embarazadas en APS.

### 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.

### SECCIÓN C: INGRESOS Y EGRESOS A TRATAMIENTO EN ESTABLECIMIENTOS APS

Ingresos a tratamiento Odontología General: Corresponde al paciente que inicia su tratamiento odontológico integral en el nivel primario 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.**

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 entiende por "abandono de tratamiento" si el paciente no ha concurrido a las citaciones por un lapso de dos meses, a partir de la última citación, sin dar justificación fundada).

Rechazo de urgencia: 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 dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud, debido a que no presentan una patología odontológica ambulatoria definida en el GES, y/o que no cumplen el criterio de urgencia de la Norma Odontológica de Urgencia 2003.

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 (COP) o en dientes temporales (ceo). Para los niños de 2, 3, 4, 5 y 6 años se utilizará sólo el indicador de dientes temporales (CEO) y para los grupos de 12, 15 -19 años, 20-64 años, mayores de 65, embarazadas se utilizará sólo el indicador de dientes definitivos COP. No se debe llenar este indicador en el grupo resto menor de 15 años.

El registro del COP y COE permite determinar la historia de caries de la población, que se usará de línea base para medir la disminución de la historia de caries de los niños de 6 años en los objetivos sanitarios de la década.

#### SECCION D: INTERCONSULTAS GENERADAS EN ESTABLECIMIENTOS APS

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.

#### SECCION E: ACTIVIDADES ODONTOLOGICAS EN EXTENSIÓN HORARIA Y SÁBADOS (INCLUIDAS EN SECCIONES A Y B)

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.

## SECCIÓN F: ACTIVIDADES EN ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES

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, reparación de prótesis, 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: Esta línea está destinada a registrar las actividades realizadas por el Endodoncista en el curso del tratamiento de un paciente: instrumentación, apexificación, controles de tratamiento etc.

Tratamiento de Endodoncia (Uni, Bi o multirradicular): Registrar el total de tratamientos de Endodoncia efectuados en el período, cualquiera sea el tipo de diente tratado: uni, bi, o multirradicular o con tratamiento de Inducción al Cierre.

Periodoncia actividad: Esta línea está destinada a 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 Tartrectomía supra y subgingival, Pulidos radiculares, Consultas de Oclusión, Desgastes Selectivos (Balance Oclusal), controles de tratamiento, etc.

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 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: En esta línea se registran todos los aparatos de ortodoncia instalados, ya sean fijos o removibles y de cualquier material. Se registran por aparato instalado.

Actividad de prótesis: Se registran en esta línea las reparaciones tanto de prótesis fijas (coronas), como de aparatos removibles, reparaciones simples, compuestas, reajustes, y rebasados.

Prótesis fija (unitaria o plural): Se registra por cada Prótesis fija unitaria o múltiple instalada.

Prótesis removible (acrílica o metálica): Registrar el total de aparatos protésicos removibles instalados, sin distinguir su material (acrílico o metálico) ni el tipo de rehabilitación que hará (parcial o total).

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, y Tratamiento de traumatismos superficiales de los tejidos blandos.

Cirugía y Traumatología Máxilo Facial Intervención: Se registran en esta línea 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.

Cirugía Bucal y Traumatología Máxilo Facial Controles: Registrar los controles que se realizan luego de una Cirugía Bucal o Máxilo- Facial.

Tratamiento de Traumatismos Dento Alveolares: Se registran en esta línea 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.

Terapia Trastornos Témporo-Mandibular: Se registran en esta línea 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 extraoral tomado (Nota: las Radiografías intraorales deben ser registradas en la Sección III.2 del REM-09).

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.

## SECCIÓN G: PROGRAMAS ESPECIALES Y GES (Actividades incluidas en sección F)

En esta sección se registrarán aquellas actividades que se realicen por la ejecución de los siguientes programas: Programa de Reducción de Brechas, Programa odontológico Integral ( Atención odontológica a mujeres y hombres de escasos recursos, y resolución de especialidades en APS) y Programa GES Odontológico para Adultos de 60 años.

### PROGRAMA REDUCCION DE BRECHAS

Altas Integrales: Se registra en la línea 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 (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 línea 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 (canasta tipo II), y en la línea inferior (Nº de prótesis) el número de prótesis que han sido instaladas en los pacientes registrados en el ítem anterior.

### 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.

### 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.

#### GES ODONTOLÓGICO (sólo 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 post 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.

#### SECCIÓN H: SEDACION Y ANESTESIA

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.

#### SECCIÓN I: INGRESOS Y EGRESOS A TRATAMIENTOS EN ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

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:

Ingreso a tratamiento en la Especialidad: Corresponde al paciente que inicia su tratamiento odontológico en el nivel secundario o terciario

Alta de tratamiento de la especialidad: Se registra el número de pacientes que han terminado su tratamiento de odontología de especialidad

## SECCIÓN J: ACTIVIDADES EFECTUADAS POR TÉCNICO PARAMEDICO DENTAL Y/O HIGIENISTAS DENTALES

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.

Fluorización 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: 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.

## SECCIÓN K: HORAS ODONTOLÓGICAS NIVEL PRIMARIO Y SECUNDARIO

Corresponde a las horas de odontología general y/o de algunas de especialidades odontológicas destinadas a la atención de consultas otorgadas en establecimientos de Nivel Primario y Secundario.

Nivel Primario: Corresponde a las horas de profesional odontólogo destinadas a la atención en los establecimientos de Nivel Primario.

Nivel Secundario: Corresponde a las horas de profesional odontólogo especialista destinadas a la atención y tratamiento otorgadas en establecimientos de Nivel Secundario (CDT/CAE, CRS) y Nivel Primario si es que se presenta.

Hora Odontológica Contratada: Corresponde al número de horas semanales contratadas para el total de profesionales odontólogos del establecimiento como jornada de trabajo, (11, 22,33 o 44 hrs. de contrato). Para obtener el número de horas mensuales se aplica la siguiente fórmula: Si fuese un contrato de 22 horas debe trabajar 4.4 horas diarias (22/5 días hábiles) y por lo tanto  $(22/5)*21$  días hábiles mensuales, se consideran 5 días semanales y 21 o 20 días hábiles según corresponda.

Hora Odontológica Disponible: Es la hora odontológica destinada a la atención de pacientes en atención ambulatoria primaria o secundaria, considerando consultas y controles. Existe la desagregación en horas disponible para la atención a pacientes (horario diurno y extensión horaria) y para otras actividades (docencia, administración, capacitación, etc.).

Hora Odontológica Ocupada: Corresponde a la hora odontológica efectivamente utilizada en la atención de pacientes en consultas o controles y en otras actividades. El dato se obtiene después de transcurrido el período mensual en que las horas fueron

agendadas y utilizadas. Las horas agendadas perdidas por inasistencia de pacientes y que no fueron remplazadas deben ser sumadas como horas ocupadas.

Jornada en Horario Diurno: corresponde a la jornada de atención normal del establecimiento (Lunes a Jueves de 8 a 17 horas, Viernes de 8 a 16 horas).

Jornada en Extensión horaria: entendiéndose como tal, corresponde a todas las horas disponibles que no se utilizan en la jornada normal de atención del establecimiento.

Para efectos de esta sección del REM, las horas que no correspondan a enteros se expresan en decimales. Ejemplo: 2 horas con 30 minutos se registrará como 2,50.

Para los efectos del registro de horas, se considerarán solamente las asistenciales, sin perjuicio de que los niveles locales lleven un registro interno de las horas utilizadas con otros fines, ejemplo, horas utilizadas en desplazamiento de las rondas médicas/odontológicas.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES 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:** 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:** 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.

**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.

**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:** 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.

- **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.

- **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:** 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:** 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:** 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:** Se debe registrar en esta sección los ingresos y las altas de tratamiento por especialidad, desagregadas por grupos de riesgo correspondiente.

- **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.
- **Sección K:** En "Horas Odontológicas Mensuales Disponibles" corresponde registrar las horas disponibles ya sea para atención a pacientes como otras actividades, según sean de atención primaria o secundaria. Su fuente de información es la agenda odontológica, por lo que la unidad de Admisión deberá entregar los datos correspondientes a Estadística en el plazo establecido. Si una hora odontológica estuvo disponible, pero no fue agendada (por carencia de demanda u otras causas), se incluirá en este rubro. En "Horas Odontológicas Mensuales Ocupadas" corresponde registrar las horas odontológicas ocupadas, para el mes al que se refieren los datos.
- **SAPUDENT:** Las actividades ejecutadas en estos dispositivos de atención deben ser informadas en el código 800 que tiene asignado el SAPU al que pertenece. Además de ser incluidas en el CESFAM "madre" al que pertenece este SAPU. A modo de ejemplo, Si un CESFAM XX-302 tiene su respectivo código XX-802 para SAPU, las actividades de SAPUDENT deben ser informadas individualmente en código XX-802, REM A09 y además incluir éstas en el REM A09 del CESFAM XX-302.

## RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.10 PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

### I. ESTRUCTURA DEL REM-A.10

SECCIÓN A.1: EXÁMENES BACTERIOLÓGICOS RALIZADOS EN LABORATORIO DE KOCH  
(Uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan)

SECCIÓN A.2: EXÁMENES BACTERIOLÓGICOS PROCESADOS EN LABORATORIO DE KOCH. (Uso exclusivo de establecimientos que Compran Servicio)

SECCIÓN B.1: CASOS SEGÚN FUNDAMENTO DEL DIAGNÓSTICO  
(Uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan)

SECCIÓN B.1: CASOS SEGÚN FUNDAMENTO DEL DIAGNÓSTICO  
(Uso exclusivo de establecimientos que Compran Servicio)

SECCIÓN C: POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-A.10

SECCION A.1: EXÁMENES BACTERIOLÓGICOS RALIZADOS EN LABORATORIO DE KOCH  
(Uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan)

Corresponde a los exámenes bacteriológicos **procesados** en laboratorio de Koch en un establecimiento de salud perteneciente al SNSS.

La bacteriología es una de las herramientas fundamentales del Programa Nacional del Control de la Tuberculosis. El aislamiento del Bacilo de Koch a través de la bacteriología, constituye la comprobación del diagnóstico y/o de control de tratamiento de la Tuberculosis. Existen también otros procedimientos que ayudan al diagnóstico, pero éste siempre debe confirmarse con la demostración del Mycobacterium tuberculosis.

Técnicas bacteriológicas:

Baciloscopía: Es la técnica de rutina y herramienta fundamental para el diagnóstico de la Tuberculosis. Debe emplearse en toda muestra, tanto de procedencia pulmonar como extrapulmonar.

Cultivo: Es el método bacteriológico más sensible y específico para detectar Mycobacterium tuberculosis (permite diagnosticar la enfermedad aún en pacientes que tienen una escasa eliminación bacilar).

Localización Pulmonar: Se refiere al sitio de la lesión que afecta al parénquima pulmonar.

Otras localizaciones: Corresponde a la presencia de lesiones en cualquier otro órgano que no sea el parénquima pulmonar, puede ser: Meníngea, Pleural, Renal, Ganglionar, Ostearticular, Genito urinaria, Infección Primaria y otras.

## SECCION A.2: EXÁMENES BACTERIOLÓGICOS REALIZADOS EN LABORATORIO DE KOCH (Uso exclusivo de establecimientos que Compran Servicio)

Corresponde a los exámenes bacteriológicos **procesados** en un laboratorio de Koch, al que se le compró el servicio. En esta sección debe registrar el establecimiento que compra el servicio, a algún Laboratorio de la misma red o Privado para satisfacer la demanda de análisis de exámenes de su población.

## SECCION B.1: CASOS SEGÚN FUNDAMENTO DIAGNOSTICO (Uso exclusivo de establecimientos con Laboratorio que procesan)

Corresponde a los casos diagnosticados según la técnica de laboratorio empleada para la confirmación diagnóstica: Baciloscopía o Cultivo. La pesquisa que debe ser registrada en esta sección es aquella que es consecuencia del procesamiento de exámenes que se registran en Sección A.1.

## SECCION B.1: CASOS SEGÚN FUNDAMENTO DIAGNOSTICO (Uso exclusivo de establecimientos que Compran Servicio)

Corresponde a los casos diagnosticados según la técnica de laboratorio empleada para la confirmación diagnóstica: Baciloscopía o Cultivo. La pesquisa que debe ser registrada en esta sección es aquella que es consecuencia del procesamiento de exámenes que se registran en Sección A.2, o sea la que resulta de los exámenes procesados que se resolvieron por compra de servicio.

## SECCION C: POBLACIÓN EN CONTROL EN EL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

Esta información permite conocer incidencia y prevalencia. Además permite conocer la condición de egreso de todos los enfermos en tratamiento.

Corresponde al recuento de la población en tratamiento por tuberculosis, según localización y edad, considerando para el recuento de periodicidad mensual las siguientes variables:

Existencia mes anterior: Considera el total de la población que se encuentra bajo control al último día del mes anterior al que corresponden los datos, desagregada según localización de la tuberculosis.

Ingreso a Tratamiento: Corresponde al número de pacientes diagnosticados en el mes y que ingresan a tratamiento al Programa de Tuberculosis.

Ingresos por traslado: Corresponde al número de pacientes que estando en tratamiento en el Programa de Tuberculosis en otro establecimiento ingresan trasladados por cambio de domicilio u otro motivo. El paciente trasladado no se considera ingreso de caso nuevo.

Reingresos: Corresponde al número de pacientes que abandonaron tratamiento y posteriormente fueron recuperados. Estos paciente se consideran como ingresados al programa, al igual que los ingresos nuevos y los ingresos por traslados.

Total egresos: Corresponde a los casos que durante el mes egresan del Programa de Tuberculosis. Los egresos del mes pueden ser por: altas, fallecidos, abandonos, traslados y casos no TBC.

Altas: Enfermo que ha cumplido todo su tratamiento, en tiempo y número de dosis y se encuentra con alta médica.

Fallecidos: Paciente que fallece durante el tratamiento. Todos los casos fallecidos durante el tratamiento deben ser auditados por el médico encargado del programa para concluir si la causa de muerte se debe a la tuberculosis o fue otra la causa.

Abandonos: Inasistencia continuada a tratamiento controlado por cuatro semanas o más, período en el que deben realizarse todas las acciones de rescate de inasistentes.

Egresos por Traslado: Enfermos referido a otro establecimiento de salud. El paciente trasladado no se considera egreso del Programa de Tuberculosis, sólo egresa como paciente en control en el establecimiento.

Caso NO TBC: corresponde a casos con diagnostico de tuberculosis, que inician tratamiento, pero que durante su evolución el especialista descarta el diagnostico de TBC.

Existencia mes siguiente: Considera el total de la población que se encuentra bajo control al último día del mes al que corresponden los datos, desagregada según localización de la tuberculosis. Es el resultado de la sumatoria de: existencia del mes anterior, ingresos del mes, menos los egresos del mes.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES REM-A.10

- **Sección A.1**: se registran aquellos exámenes bacteriológicos **procesados** en Laboratorios de Koch. En esta sección **sólo deben registrar aquellos establecimientos que poseen Laboratorio**, pues éstos deberán proveer de la información a las Unidades de Estadísticas para elaborar el REM. Es responsabilidad del Profesional del laboratorio, confeccionar esta información y entregarla a la Unidad de Estadística del establecimiento.

Las Tomas de Muestra **NO deben ser registradas**

- **Sección A.2**: se registran aquellos exámenes bacteriológicos **procesados** en Laboratorios de Koch a los cuales se les compra el servicio. En esta sección **sólo deben registrar aquellos establecimientos que compran servicio**. Esta información **será registrada** al regresar los resultados de los exámenes comprados al establecimiento.

Las Tomas de Muestra **NO deben ser registradas**

**Notas:** Si en alguna localidad existiese un laboratorio comunal que procesara los exámenes de toda la comuna, esta producción se debe registrar en el CESFAM más representativo de la Comuna.

Si un establecimiento vendiera servicios de procesamiento de exámenes a otro establecimiento, esta información **NO** debiese registrarla este establecimiento sino quien compra el servicio lo registrará en la sección A.2 y B.2.

- **Sección B.1:** se registran los casos según fundamento diagnóstico que resultan del procesamiento y resultado de los exámenes procesados. En esta sección **sólo deben registrar aquellos establecimientos que poseen Laboratorio.**
- **Sección B.2:** se registran los casos según fundamento diagnóstico que resultan del procesamiento y resultado de los exámenes procesados. En esta sección **sólo deben registrar aquellos establecimientos que compran servicio.**
- **Sección C:** esta información de población en control debe ser elaborada por el Encargado del Programa de Tuberculosis en el Servicio de Salud, en base a la información enviada por el equipo técnico de TBC de los establecimientos de la red asistencial. Esta información debe ser registrada en el Hospital Base del Servicio de Salud.

## RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.11

### PESQUISA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-A.11

SECCIÓN A.1: EXÁMENES DE SÍFILIS POR GRUPO DE USUARIOS.

SECCIÓN A.2: EXÁMENES DE SÍFILIS POR GRUPO DE USUARIOS.

SECCIÓN B.1: EXÁMENES SEGÚN GRUPO DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1Y SÍFILIS.

SECCIÓN B.2: EXÁMENES SEGÚN GRUPO DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SÍFILIS.

SECCIÓN C.1: EXÁMENES DE VIH POR GRUPO DE USUARIO.

SECCIÓN C.2: EXÁMENES DE VIH POR GRUPO DE USUARIO.

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-A.11

Debe contener la información estadística sobre los exámenes de laboratorio procesados para el estudio, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los casos de Sífilis (en todas sus formas), Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, VIH y HTLV1.

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.

Grupos de Pesquisa o Detección: Se refiere a los grupos objetivos en los cuales se realiza pesquisa o detección según normativa vigente y son definidos por el Programa.

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.

SECCIÓN A.1: EXÁMENES DE SÍFILIS POR GRUPO DE USUARIOS.(USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIOS QUE PROCESAN)

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.

## SECCIÓN A.2: EXÁMENES DE SÍFILIS POR GRUPO DE USUARIOS.(USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS QUE COMPRAN SERVICIOS)

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 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 el test de Elisa para treponema (circular n°16 del 16 de abril del 2010).

**Los Centros de Sangre y Bancos de Sangre deben registrar el examen para sífilis, que procesan como primer tamizaje del algoritmo. De esta forma aquellos que realizan test de Elisa DEBEN registrar los exámenes procesados y reactivos para esta técnica en la sección B.1 o B.2 según corresponda, y aquellos que utilizan el VDRL como primer tamizaje, deben registrarlo en sección A1 o A2 según corresponda.**

VDRL o RPR procesados: se refiere a la totalidad de los exámenes procesados, según tipo y grupo de pesquisa.

VDRL o RPR reactivos: se refiere a la totalidad de los exámenes con resultado reactivo, según tipo y grupo de pesquisa.

### **Los grupos de pesquisa 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 procesados para pesquisa de sífilis en las personas (hombres y mujeres) que donan sangre.

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.

SECCIÓN B.1: EXÁMENES SEGÚN GRUPO DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SÍFILIS. (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIOS QUE PROCESAN)

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.

SECCIÓN B.2: EXÁMENES SEGÚN GRUPO DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SÍFILIS. (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS QUE COMPRAN SERVICIO)

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.

Las pruebas de antígenos y anticuerpos pueden detectar cada uno de los diferentes virus de la hepatitis

Exámenes Procesados: Corresponde al Total de Exámenes procesados según grupo de pesquisa.

Exámenes Reactivos: Corresponde al Total de Exámenes procesados con resultado reactivo

Exámenes Confirmados: Corresponde a aquellos casos confirmados por el Instituto de Salud Pública (ISP), durante el mes del informe, los que deben ser dados a conocer a nivel local.

CHAGAS: Se refiere al examen serológico, como método indirecto, destinado a la pesquisa de anticuerpo Anti Tripanosoma Cruzi, realizado en el Banco de Sangre o Centro de Sangre del establecimiento.

HTLV1: Virus llamado HTLV-1 o virus linfotrópico humano de células T tipo 1, es un patógeno potencialmente oncogénico que pertenece a la familia Retroviridae y al género Oncoviridae. Este virus puede ser adquirido por vía sexual, transfusional y vertical. La infección por HTLV-1 se asocia a patología neurológica, como la paraparesia espástica progresiva y a la leucemia/linfoma T, con compromiso neurológico simultáneo.

Exámenes Procesados: Corresponde los exámenes que se realizan y efectivamente se procesan en el laboratorio correspondiente.

Exámenes Reactivos: Corresponde a los exámenes con resultado de la prueba de ELISA positivo para HTLV-1, cuando se detectan los anticuerpos/antígenos para HTLV-1 en el tamizaje (o screening) que se realiza a las personas asintomáticas o a las que se sospecha puedan tener la infección.

Exámenes Confirmados: corresponde 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-1 y se detectan las copias de ADN del HTLV-1 respectivamente. Se realiza en el ISP cuando el tamizaje resulta reactivo.

SÍFILIS: Se refiere al Test de Elisa para la pesquisa de anticuerpos treponémicos, realizados en Centros de Sangre o Bancos de Sangre.

Exámenes Procesados: Corresponde al Total de Exámenes procesados en **donantes de sangre y donantes de órganos y/o tejidos**. No Deben registrarse el grupo de Usuarios

Exámenes Reactivos: Corresponde al Total de Exámenes procesados con resultado doblemente reactivo

Exámenes Confirmados: **No aplica**

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.

Donante: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud 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 C.1: EXÁMENES SEGÚN GRUPOS DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE VIH (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIOS QUE PROCESAN)

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.

#### SECCIÓN C.2: EXÁMENES SEGÚN GRUPOS DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE VIH (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS QUE COMPRAN SERVICIOS)

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 DE VIH POR GRUPO DE USUARIOS (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIOS QUE PROCESAN)

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.

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: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las gestantes 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 espontanea.**

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.

Recién nacido hijo/a de madre VIH: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a los hijos de madre con diagnóstico o sospecha de VIH, para detección de transmisión vertical del VIH

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 cortopunzante.

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

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIBALES DE REM-A.11

**Generalidades:** Las Tomas de Muestra **NO deben ser registradas.**

- **Secciones A.1, B.1 y C.1:** se debe registrar en "procesados" el número de exámenes, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado, indistinto de su resultado que han sido procesados en el laboratorio del establecimiento.

**Nota: B.1 Exceptuando Sífilis que no corresponde confirmación**

- **Secciones A.2, B.2 y C.2:** se debe registrar en "procesados" el número de exámenes, según grupo usuario, que fueron procesados en el período informado, en laboratorios **externos al establecimiento**, para los que se les ha comprado servicios. Esta información será registrada al regresar los resultados de los exámenes comprados al establecimiento.

**Nota: B.2 Exceptuando Sífilis que no corresponde confirmación**

En "reactivos" ha de ser registrado, el número de exámenes que obtuvieron resultado positivo, los cuales se han informado en el período.

En "confirmados" corresponde registrar aquellos casos confirmados positivos por el Instituto de Salud Pública, durante el mes del informe.

**Nota:** Las confirmaciones se pueden recepcionar con posterioridad al registro de exámenes reactivos correspondientes.

## RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.19a

### ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN DE LA SALUD Y DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

#### I. ESTRUCTURA DEL 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

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-A.19a

SECCIÓN A. CONSEJERÍAS

SECCIÓN A.1: CONSEJERÍAS INDIVIDUALES

Intervención psicosocial de una o más sesiones, donde se desarrolla, en un espacio de confidencialidad, donde se escucha, acoge, informa y orienta, considerando las necesidades y problemáticas particulares de cada uno, con el objetivo de ayudar a reflexionar sobre las conductas, así como, a tomar decisiones personales, que les permitan implementar y mantener conductas saludables. Esta intervención está dirigida a adolescentes, padres, madres y adultos significativos, para ayudarlos en su rol de modelar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables.

Estilos de Vida y Conductas de Auto cuidado: corresponde a la atención terapéutica entregada por un funcionario de salud en Alimentación Saludable y/o Actividad Física y/o Factores Protectores Psicosociales y/o Factores Protectores Ambientales a un individuo o al grupo familiar con el fin de motivar la adopción de conductas saludables.

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.

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.

Salud Sexual y Reproductiva: Se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde se escucha, acoge, informa y guía, a adolescentes, mujeres y hombres, solos o en pareja, para que puedan fortalecer su capacidad para la toma de decisiones y el desarrollo de conductas informadas y responsables, en el ámbito de la sexualidad en forma integral, está orientada a la prevención, al fomento de la salud y a evitar riesgos de embarazo no intencionado, las ITS/VIH/SIDA y otros riesgos asociados a la conducta sexual en adolescentes

Regulación de Fecundidad: 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): Se define, como 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 (Embarazadas): Es la atención brindada a la gestante, en la cual se le entrega información clara y concisa, confidencial, para facilitar la evaluación de riesgos y apoyar la toma de exámenes tanto para la detección del VIH.

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, HTLVII, Chagas y Sífilis.

## SECCIÓN A.2: CONSEJERÍAS INDIVIDUALES POR VIH/SIDA (NO INCLUIDAS EN SECCIÓN A.1)

Consejería Pre Test VIH-SIDA: 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 adecuada sobre el VIH/SIDA, sobre el examen, se firma el consentimiento informado y se acuerdan los procedimientos para la entrega del resultado.

Consejería Post Test VIH-SIDA: es la actividad realizada con una persona, en la que se le entrega el resultado del examen de detección del VIH.

## SECCIÓN A.3: CONSEJERÍAS FAMILIARES

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.

## SECCIÓN B. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN

### SECCIÓN B.1: ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN SEGÚN ESTRATEGIAS Y CONDICIONANTES ABORDADAS Y NÚMERO DE PARTICIPANTES

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 promover las Salud Sexual, las conductas sexuales seguras, fomentar la prevención del VIH/SIDA e ITS, contribuir a la adherencia a los controles preventivos y educar a la gestante en la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA 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.

## SECCIÓN B.2: TALLERES GRUPALES DE VIDA SANA, SEGÚN TIPO, POR ESPACIOS DE ACCIÓN

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](http://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

### SECCIÓN B.3: ACTIVIDADES DE GESTIÓN SEGÚN TIPO, POR ESPACIO DE ACCIÓN

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.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES REM-A.19a

- **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, aún 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:** 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 Banco 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 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.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:** se registra la estrategia o espacio en que se realizó y los tipos de talleres grupales realizados.
- **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 ESTADISTICO MENSUAL REM-A.19b

### ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-A.19b

SECCIÓN A: ATENCIÓN OFICINAS DE INFORMACIONES (SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A USUARIOS)

SECCIÓN B: ACTIVIDADES POR ESTRATEGIA/LÍNEA DE ACCIÓN O ESPACIO / INSTANCIA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

SECCIÓN C: REUNIONES DE ADULTO MAYOR

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-A.19b

SECCIÓN A: ATENCIÓN OFICINAS DE INFORMACIONES (SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A USUARIOS)

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 (por Atención): 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 Lista de Espera): Se consideran en este ítem todo reclamo relacionado con Espera para Intervención quirúrgica o Interconsulta para especialista.

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 auditoria 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).

## SECCIÓN B: ACTIVIDADES POR ESTRATEGIA/LÍNEA DE ACCIÓN O ESPACIO/INSTANCIA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.

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. 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

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.

## SECCIÓN C: REUNIONES DE ADULTO MAYOR.

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.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES REM-A.19b

- **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 (20 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 20 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 (20 días hábiles). Ej. un reclamo por trato recepcionado el día 25 de Febrero, tiene plazo para ser respondido con solución hasta el 25 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 20 días hábiles).

- **Sección B:** debe ser registrada por los convocantes en calidad de organizadores.
- **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 ESTADISTICO MENSUAL REM-A.23

### SALAS: IRA, ERA Y MIXTAS EN APS

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-A.23

SECCIÓN A: INGRESOS SEGÚN DIAGNÓSTICO  
SECCIÓN B: REINGRESO SEGÚN DIAGNÓSTICO  
SECCIÓN C: CONSULTAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SALAS IRA, ERA Y MIXTA  
SECCIÓN D: CONTROLES REALIZADOS  
SECCIÓN E: CONSULTAS ESPONTÁNEAS  
SECCIÓN F: INASISTENTES A CONTROL DE CRÓNICOS  
SECCIÓN G: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS  
SECCIÓN H: DERIVACIÓN DE PACIENTES SEGÚN DESTINO  
SECCIÓN I: RECEPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ORIGEN  
SECCIÓN J: NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES ABREVIADAS  
SECCIÓN K: INTERVENCIÓN EN CRISIS RESPIRATORIA  
SECCIÓN L: EDUCACIÓN EN SALAS  
SECCIÓN L.1: EDUCACIÓN INDIVIDUAL (PROGRAMADA Y AGENDADA)  
SECCIÓN L.2: EDUCACIÓN GRUPAL EN SALA  
SECCIÓN M: VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS POR EQUIPO IRA-ERA A FAMILIAS  
SECCIÓN N: APLICACIÓN DE ENCUESTAS EN SALA

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-A.23

##### SECCIÓN A: INGRESOS SEGÚN DIAGNÓSTICO

Se considerarán INGRESOS las atenciones realizadas a pacientes atendidos por primera vez por un cuadro respiratorio agudo determinado\* (IRA alta, IRA baja, Influenza/enfermedad tipo Influenza, neumonía, bronconeumonía o síndrome coqueluchoídeo) o una enfermedad respiratoria crónica (SBOR, EPOC, asma, displasia broncopulmonar, fibrosis quística, enfermedad pulmonar difusa u otras enfermedades respiratorias crónicas).

En el caso de la patología aguda se registra el INGRESO 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 IRA baja por sobre IRA alta) y/o el más grave. Un mismo paciente puede tener más de un INGRESO al mes, si se trata de cuadros distintos o si ocurrió la resolución total de un cuadro que luego se repitió (2 SBO seguidas en un mes, con un período intercrítico normal). Las atenciones sin derivación se considerarán CONSULTAS ESPONTÁNEAS (Sección E).

En el caso de la patología crónica se registra el INGRESO por el médico. De constar más de un diagnóstico deberán considerarse ambos (por ejemplo EPOC y asma pueden coexistir). Esta primera atención implica que el paciente se incorpora a la población bajo control del programa IRA o ERA (por lo que debe registrarse en el tarjetero y conjuntamente debe registrarse en el REM-P3). Las atenciones espontáneas se considerarán CONSULTAS DE MORBILIDAD (Sección C).

## SECCIÓN B: REINGRESOS SEGÚN DIAGNÓSTICO

Se considerarán REINGRESOS las atenciones realizadas a pacientes ya atendidos por un cuadro respiratorio determinado (IRA alta, IRA baja, Influenza/enfermedad tipo Influenza, neumonía, bronconeumonía o síndrome coqueluchoídeo) o una enfermedad respiratoria crónica (SBOR, EPOC, asma, displasia broncopulmonar, fibrosis quística, enfermedad pulmonar difusa u otras enfermedades respiratorias crónicas) que re consultan o son rederivados por el mismo cuadro o tras haber abandonado los controles por otra causa (inasistencias, traslados o derivación).

En el caso de la patología aguda se registra el REINGRESO 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 IRA baja por sobre IRA alta) y/o el más grave. Un mismo paciente puede tener más de un REINGRESO al mes, si ha debido ser rederivado tras dos INGRESOS distintos. Las atenciones sin derivación se considerarán CONSULTAS ESPONTÁNEAS (Sección E).

En el caso de la patología crónica se registra el REINGRESO por el médico. De constar más de un diagnóstico deberán considerarse ambos (por ejemplo EPOC y asma pueden coexistir). Se considerará REINGRESO aquellos pacientes que hayan abandonado el programa, independiente del tiempo transcurrido. Esta atención implica que el paciente se reincorpora a la población bajo control del programa IRA o ERA (por lo que debe volverá registrarse en el tarjetero). Las atenciones sin derivación se considerarán CONSULTAS DE MORBILIDAD (Sección C).

Se considerarán abandonos los casos en que los pacientes tienen más de un año de inasistencias a sus controles programados (por ejemplo, si el paciente estaba citado en agosto, se considera abandono a partir de septiembre del siguiente año).

## SECCIÓN C: CONSULTAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SALAS IRA, ERA Y MIXTA

Se considerarán CONSULTAS DE MORBILIDAD las atenciones médicas realizadas, en el marco de la atención de patología crónica, a pacientes bajo control en el programa que consultan espontáneamente, sin haber sido citados a control por esta causa (por ejemplo, si un paciente consulta por una exacerbación aguda o si está descompensado) o si durante períodos críticos como el invierno se presta apoyo a la atención de morbilidad aguda, en las horas destinadas al control de pacientes con patología respiratoria crónica.

No deben considerarse las consultas en el caso de haberse reconvertido la agenda de atención de crónicos a atención de morbilidad aguda.

## SECCIÓN D: CONTROLES REALIZADOS

Se considerarán CONTROLES las atenciones que se realizan con posterioridad al ingreso por un cuadro respiratorio agudo determinado\* (IRA alta, IRA baja, Influenza/enfermedad tipo Influenza, neumonía, bronconeumonía o síndrome coqueluchoídeo) o una enfermedad respiratoria crónica (SBOR, EPOC, asma, displasia broncopulmonar, fibrosis quística, enfermedad pulmonar difusa u otras enfermedades respiratorias crónicas).

En el caso de los médicos se registra como CONTROL toda actividad programada (con indicación de fecha de control) que se realiza posterior al ingreso por una patología crónica, así como las atenciones para control de patología crónica que resultan del requerimiento de los pacientes (por ejemplo, si un paciente pide adelantar el control de su patología crónica porque ha presentado un efecto adverso o su nivel de control no es el esperado).

En el caso de las enfermeras se registra como CONTROL toda actividad programada (con indicación de fecha de control) que se realiza posterior al ingreso por una patología crónica (en adultos), así como también las prestaciones agendadas individuales otorgadas en el marco de la atención en sala IRA, ERA o mixta que no estén especificadas en otras secciones (las consejerías individuales deben ser registradas en la SECCIÓN L).

En el caso de los kinesiólogos se registra como CONTROL toda actividad programada (con indicación de fecha de control) que se realiza posterior al ingreso por una patología aguda (en niños y adultos) o crónica (en adultos), así como también las prestaciones agendadas individuales otorgadas en el marco de la atención en sala IRA, ERA o mixta que no estén especificadas en otras secciones (las consejerías individuales deben ser registradas en la SECCIÓN L).

#### SECCIÓN E: CONSULTAS ESPONTÁNEAS

Se considerarán CONSULTAS ESPONTÁNEAS las atenciones no programadas realizadas por kinesiólogos o enfermeras en el marco de la atención de patología aguda o crónica (por ejemplo, las atenciones por descompensación de patología crónica que resultan del requerimiento de los pacientes).

#### SECCIÓN F: INASISTENTES A CONTROL DE CRÓNICOS.

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 agosto, se considera inasistente a partir de diciembre). En esta sección también se deberá incluir a los pacientes que presenten más de un año de inasistencia (abandonos) si aún no han sido egresados del programa respectivo.

#### SECCIÓN G: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.

Se considerarán PROCEDIMIENTOS la espirometría, la flujometría, la pimometría, el test de provocación con ejercicio, el test de marcha, las sesiones de kinesioterapia, las sesiones de rehabilitación pulmonar y las sesiones de reacondicionamiento físico grupal realizados por el kinesiólogo en el marco de la atención a pacientes bajo control en las salas IRA, ERA o mixtas. Se contabilizarán de manera individual independiente de si fueron realizadas durante la misma consulta.

Las actividades de educación grupal o individual (consejerías) que se desarrollen en el marco de los programas IRA o ERA se registran en la sección L (EDUCACIÓN EN SALAS), excepto los talleres preventivos para menores de 3 meses que se registran en el REM-A27.

#### SECCIÓN H: DERIVACIÓN DE PACIENTES SEGÚN DESTINO.



Se considerará DERIVACIÓN DE PACIENTES las interconsultas realizadas por el médico del programa IRA o ERA 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 o SUR), 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 SBO no responde a la hospitalización abreviada y es evaluado por el médico del programa en las salas IRA, ERA o mixta o si un paciente asmático o con EPOC requiere evaluación en el nivel secundario).

También corresponde registrar en esta sección las derivaciones realizadas por médicos fuera del contexto de atención de los programas IRA o ERA (atenciones de morbilidad), cuando estos 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).

#### SECCIÓN I: RECEPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ORIGEN.

Se considerará RECEPCIÓN 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) 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).

Las derivaciones provenientes del nivel terciario (pacientes que fueron hospitalizados) deberán registrarse en la fila CAE / CDT / CRS.

#### SECCIÓN J: NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES ABREVIADAS.

Se considerarán HOSPITALIZACIONES ABREVIADAS las atenciones de pacientes menores de 15 años con cuadros moderados y severos, según los protocolos de manejo de cuadros obstructivos (menores de 3 años) y exacerbaciones asmáticas (3 a 15 años).

#### SECCIÓN K: INTERVENCIÓN EN CRISIS RESPIRATORIA.

Se considerarán INTERVENCIONES EN CRISIS RESPIRATORIA las atenciones las de pacientes mayores de 15 con cuadros moderados y severos, según los protocolos de manejo de EPOC y exacerbaciones asmáticas.

#### SECCIÓN L: EDUCACIÓN EN SALAS.

##### SECCIÓN L.1: EDUCACIÓN INDIVIDUAL (PROGRAMADA Y AGENDADA).

Se considerarán EDUCACIONES INDIVIDUALES las sesiones individuales orientadas a la entrega de información (antitabaco, autocuidado según patología, sedentarismo, uso de terapia inhalatoria), herramientas de automanejo, conocimiento para fortalecer la educación de cuidado, prevención de que tengan relación con las patologías abordadas en las salas IRA, ERA o mixta.

## SECCIÓN L.2: EDUCACIÓN GRUPAL EN SALA.

Registro de EDUCACIONES GRUPALES EN SALA, correspondientes a talleres grupales orientados a la entrega de información (antitabaco, autocuidado según patología, sedentarismo, uso de terapia inhalatoria), herramientas de automanejo, conocimiento para fortalecer la educación de cuidado, prevención de que tengan relación con las patologías abordadas en las salas IRA, ERA o mixtas

## SECCIÓN M: VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS POR EQUIPO IRA-ERA A FAMILIAS.

Corresponde a las VISITAS DOMICILIARIAS POR EQUIPO IRA-ERA A FAMILIAS con integrante en programa, con la finalidad de entregar orientaciones a temas que tengan relación con las patologías abordadas en las salas IRA, ERA o mixtas (por ejemplo, evaluación ambiental o evaluación domiciliaria de pacientes severos).

## SECCIÓN N: APLICACIÓN DE ENCUESTAS EN SALA.

Corresponde a la APLICACIÓN DE ENCUESTAS EN SALA, esta actividad debe ser agendada y programada por kinesiólogo o enfermera, con el fin de aplicar encuestas en salas ira- era y mixta, con las que se evaluarán, medirán, observarán indicios de calidad de vida del paciente, en el marco de las patologías abordadas en los programas IRA y ERA.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-A.23

**GENERALIDADES:** Todas las actividades del Programa IRA-ERA que realicen los kinesiólogos, deben ser registrados en este REM.

- **Sección A:** se registra el número de pacientes que ingresan a control por primera vez o tras ser dado de alta por cuadro respiratorio agudo o enfermedad respiratoria crónica a salas de IRA, ERA o Mixtas. Según diagnóstico, desagregados edad y sexo de las personas que ingresaron en el mes.
- **Sección B:** se registra el número de pacientes con patologías que han sido rederivado por un mismo cuadro infeccioso. En el caso de afecciones crónicas que abandonaron tratamiento (un año de inasistencia, fueron trasladados o existió derivación y posteriormente regresaron. sólo para ese tipo de egreso, se considerará reingreso).
- **Sección C:** corresponde registrar el número de consultas realizadas por médico en salas IRA, ERA o Mixtas, desglosadas por grupo de edad y sexo.

**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 D:** se registra el número de actividades programadas que se realiza en el programa, por médico, enfermera o kinesiólogo, debe ser registrado por grupo etario y sexo.
- **Sección E:** corresponde registrar las consultas espontaneas (consultas de origen voluntario sin previo agendamiento) que realicen enfermera o kinesiólogo, deben ser registrados grupo etario y sexo.
- **Sección F:** se registra el número de pacientes crónicos, según diagnostico, que presentan inasistencia a control de salud respiratoria, por más de 3 meses, debiendo registrar en menores 15 años y de 15 años y más.
- **Sección G:** corresponde al registro de los procedimientos realizados por médico, kinesiólogo o enfermera. (Se registra el número de procedimientos realizados según profesional y tipo de procedimiento).

En el caso de las atenciones de kinesiólogos es importante destacar que los procedimientos a registrar en este rem corresponden exclusivamente a las atenciones realizadas en salas ira, era o mixtas. Cualquier otra actividad realizada por kinesiólogo se registra en el REM-17, REM-18, según corresponda (Sección G-L: otras atenciones a pacientes ambulatorios), o REM-28 (Sección E: procedimientos).

- **Sección H:** corresponde registrar el número de pacientes con interconsultas, menores de 15 años y de 15 años y más, que son derivados a destinos como Unidades de Emergencia, SAPU, CAE, CDT O CRS. (Independiente del profesional que realiza la acción).
- **Sección I:** se debe registrar el número de pacientes provenientes de Unidades de Emergencia, SAPU, consultas de morbilidad, CAE, CDT O CRS, divididos en menores de 15 y de 15 años y más.

**Nota: Las derivaciones provenientes del nivel terciario (pacientes que fueron hospitalizados) deberán registrarse en la fila CAE / CDT / CRS.**

- **Sección J:** Se registra el número de hospitalizaciones abreviadas de Menores de 15 años, realizadas en el mes.
- **Sección K:** Se registra el número de pacientes mayores de 15 años a los cuales se les realizó una intervención en crisis respiratoria durante el mes.
- **SECCION L: EDUCACIÓN EN SALAS**
- **Sección L.1:** corresponde al número de actividades educativas que se realicen de forma programada y agendada según los temas a tratar (antitabaco, autocuidado según patología, sedentarismo, uso de terapia inhalatoria).
- **Sección L.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: El taller IRA para menores de 3 meses debe ser registrado en el REM 27.**

- **Sección M:** 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 < 7 meses con score de riesgo grave de morir por neumonía, deben ser registradas en el REM-A26.**

- **Sección N:** corresponde registrar el número de aplicaciones de encuestas que se realizan en sala, previamente agenda y programa, por kinesiólogo o enfermera, según el tipo de encuesta.

## RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.24

### ATENCIÓN EN MATERNIDAD

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-A.24

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE PARTOS Y ABORTOS ATENDIDOS

SECCIÓN B: ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE RECIEN NACIDOS

- SECCIÓN C.1: NACIDOS VIVOS SEGÚN PESO AL NACER
- SECCIÓN C.2: RECIEN 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

SECCION E: EGRESOS DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA, SEGÚN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-A.24

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE PARTOS Y ABORTOS ATENDIDOS

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. Oxido 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.

## SECCIÓN B: ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

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).

## SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE RECIEN NACIDOS

### SECCIÓN C.1: NACIDOS VIVOS SEGÚN PESO AL NACER

Es la primera medición del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. Dicho peso debe ser tomado preferentemente dentro de la primera hora de vida, 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.

### SECCIÓN C.2: RECIEN NACIDOS CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA

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.

### SECCION C.3: APGAR MENOR O IGUAL A 3 AL MINUTO Y APGAR MENOR O IGUAL A 6 A LOS 5 MINUTOS

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 ( $\leq 3$ ) al minuto", corresponde al registro del número total de recién nacidos cuya puntuación de Apgar es menor o igual a 3 al minuto.

## SECCIÓN D: ESTERILIZACIONES SEGÚN SEXO

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 movilizarse fuera de los testículos.

#### SECCIÓN E: EGRESOS DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA, SEGÚN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Total de egresos: corresponde a los egresos de maternidad de púerperas 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.

### III. DEFINICIONES OPERACIONALES DE VARIABLES DE REM-A.24

- **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**: 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.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**: Se debe registrar el N° total de Nacidos Vivos o de Nacidos Fallecidos, que hayan venido con alguna malformación congénita.
- **Sección C.3**: se debe registrar en la primera columna Apgar "menor o igual a 3 ( $\leq 3$ ) al minuto", y en la segunda columna de se debe registrar Apgar "menor o igual a 6 ( $\leq 6$ ) a los 5 minutos"



- **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:** Se registra el número total de egresos en Maternidad (Puerperas 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

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-A.25

SECCIÓN A.1: POBLACIÓN DONANTE (CES-UMT-BS)

SECCIÓN A.2: REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN (CS- UMT-BS)

SECCIÓN B: EXTRACCIONES DE SANGRE (CS-BS)

SECCIÓN C: PRODUCCION DE COMPONENTES SANGUINEOS (CS- UMT-BS)

SECCIÓN C.1: COMPONENTES SANGUINEOS ELIMINADOS (CS-MT-BS)

SECCIÓN C.2: COMPONENTES SANGUINEOS LIBERADOS (CS-BS)

SECCIÓN C.3: COMPONENTES SANGUINEOS DISTRIBUIDOS (CS) O TRANSFERIDOS (BS Y UMT)

SECCIÓN D: TRANSFUSIONES (UMT-BS)

SECCIÓN E: DEMANDA GLOBULOS ROJOS PARA TRANSFUSIÓN (UMT-BS)

SECCIÓN F: REACCIONES ADVERSAS POR ACTO TRANSFUSIONAL (UMT-BS)

#### II. DEFINICIONES NOMINALES DE VARIABLES DE 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.

SECCIÓN A.1: POBLACIÓN DONANTE (CS-UMT-BS)

Donante altruista: Persona que asiste de manera libre y voluntaria con la intención de donar sangre, sin recibir retribución a cambio.

Donación Altruista Nuevo u Ocasional: Personas 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 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 o incentivo 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 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, ya sea por 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.

## SECCIÓN A.2: REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN (CS-UMT-BS)

Reacciones adversas a la donación: Corresponde a cualquier reacción inesperada asociada a la donación de sangre, que ocurre antes o durante la extracción, y hasta una hora después de ella.

## SECCIÓN B: EXTRACCIONES DE SANGRE (CS-BS)

Unidad 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.

Unidad 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.

## SECCIÓN C: PRODUCCIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS (CS - BS)

Componente sanguíneo: constituyente terapéutico de la sangre (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitados) que se puede preparar mediante la centrifugación, filtración, congelación y descongelación, de acuerdo a un procedimiento validado.

Glóbulos rojos desplasmalizados (GR) NORMALES: componente obtenido por centrifugación, en que se remueve parte del plasma de la sangre total, sin efectuar un proceso posterior.

Glóbulos rojos desplasmalizados (GR) IRRADIADOS: componente obtenido por centrifugación, en que se remueve parte del plasma de la sangre total, sin efectuar un proceso posterior y que se le somete a transformación mediante irradiación.

Glóbulos rojos leucoreducidos NORMALES: glóbulos rojos desplasmalizados 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  $1.2 \times 10^9$ .

Glóbulos rojos leucoreducidos IRRADIADOS: glóbulos rojos desplasmalizados 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  $1.2 \times 10^9$  y que se le somete a transformación (inactivación linfocitaria) mediante irradiación.

Glóbulos rojos filtrados NORMALES: glóbulos rojos desplasmalizados 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  $5 \times 10^6$ .

Glóbulos rojos filtrados IRRADIADOS: glóbulos rojos desplasmalizados 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  $5 \times 10^6$  y que se le somete a transformación (inactivación de linfocitos) mediante irradiación.

Concentrado de plaquetas único NORMALES: componente sanguíneo obtenido de una unidad de sangre total fresca no refrigerada, que contiene una cifra igual o superior a  $5,5 \times 10^{10}$  plaquetas, en un volumen reducido de plasma (40 – 60 ml.).

Concentrado de plaquetas único IRRADIADOS: componente sanguíneo obtenido de una unidad de sangre total fresca no refrigerada, que contiene una cifra igual o superior a  $5,5 \times 10^{10}$  plaquetas, en un volumen reducido de plasma (40 – 60 ml.) y que se le somete a transformación (inactivación linfocitaria) mediante irradiación.

Concentrados plaquetarios de Pool NORMALES: 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.

Concentrados plaquetarios de Pool IRRADIADOS: 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, y que se le somete a transformación (inactivación linfocitaria) mediante irradiación.

Concentrado de plaquetas por aféresis NORMALES: componente obtenido por medio de una plaquetoféresis a un donante, 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.

Concentrado de plaquetas por aféresis IRRADIADOS: componente obtenido por medio de una plaquetoféresis a un donante, 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, y que se le somete a transformación (inactivación linfocitaria) mediante irradiación.

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 de otro tipo – pobre en factores de coagulación: 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 ml.

#### SECCIÓN C.1: COMPONENTES SANGUINEOS ELIMINADOS (CS-UMT-BS)

Componentes Sanguíneos Eliminados: Unidad eliminada en cualquier etapa del proceso de producción o almacenamiento de componentes sanguíneos calificación microbiológica reactiva, control de calidad no conforme con las exigencias de los parámetros de calidad de producto terminado (volumen, recuentos, hemólisis u otros), por obsolescencia o caducidad y otros.

#### SECCIÓN C.2: COMPONENTES SANGUÍNEOS LIBERADOS (CS-BS)

Componentes Sanguíneos Liberados: Son aquellos que cumplen con todos los controles de calidad necesarios, han ingresado al stock y están disponibles para ser distribuidos para su uso.

#### SECCIÓN C.3: COMPONENTES SANGUINEOS DISTRIBUIDOS (CS) O TRANSFERIDOS (BS Y UMT)

Componentes Sanguíneos distribuidos o transferidos: Son aquellos componentes sanguíneos a los que se les asigna un lugar de destino, una UTM, un Banco de Sangre, otro Centro de Sangre o una industria fraccionadora, ya sean públicos, privados o FFAA.

#### SECCIÓN D: TRANSFUSIONES (UMT - BS)

Glóbulos Rojos NORMALES: 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.

Glóbulos Rojos IRRADIADOS: 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, y que se le somete a transformación (inactivación linfocitaria) mediante irradiación

Concentrado Plaquetario único, pool y aféresis NORMALES: 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.

Concentrado Plaquetario único, pool y aféresis IRRADIADOS: 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, y que se le somete a transformación (inactivación linfocitaria) mediante irradiación

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)

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, no considera las solicitudes canceladas

Unidades despachadas: total de unidades de glóbulos rojos compatibilizadas o no, y preparadas nominativamente para un paciente, que cumple criterios de indicación establecidos

#### SECCIÓN F: REACCIONES ADVERSAS POR ACTO TRANSFUSIONAL (UMT-BS)

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.

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 aquélla en la cual la hemólisis se produce entre 3 y 13 días postransfusión. Se explica por el desarrollo de una respuesta inmune secundaria a antígenos eritrocitarios.

Septicemia: Reacción que se manifiesta con fiebre, escalofrío, dolor abdominal, vomito 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 %.

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.

### III. DEFINICIONES OPERACIONALES DE VARIABLES DE REM-A.25

(CS, BS y UMT): En los paréntesis se indica quién debe registrar los datos, en este caso sería Centro de Sangre (CS), Banco de Sangre (BS) y Unidad de Medicina Transfusional (UMT).

- **Sección A1:** En "población donante" corresponde registrar a los donantes de sangre, según si son altruistas o de reposición, si son aceptados o rechazados, su edad, sexo y si dona en colecta fija o móvil.
- **Sección A2:** En "reacciones adversas a la donación" corresponde registrar el número de donantes que presentan efectos adversos la donación de sangre, clasificados según la reacción y la categoría del donante (altruista o de reposición).
- **Sección B:** "extracciones de sangre" corresponde registrar el número de unidades de sangre que han sido seleccionadas como Aptas y No Aptas según la categoría de donación (altruista o de reposición).
- **Sección C:** En "producción de componentes sanguíneos", se debe registrar el número de unidades producidas de los distintos componentes de la sangre.
- **Sección C1:** En "componentes sanguíneos eliminados" se debe registrar las unidades eliminadas de cada componente sanguíneo según la causa de eliminación.
- **Sección C.2:** En "componentes sanguíneos liberados" corresponde registrar el número de unidades liberadas por tipo de componente sanguíneo.
- **Sección C.3:** En componentes sanguíneos distribuidos, corresponde registrar el número de unidades distribuidas según lugar de destino y por tipo de componente sanguíneo.
- **Sección D:** En "transfusiones", 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.
- **Sección E:** En "demanda glóbulos rojos para transfusión", corresponde registrar el número de unidades solicitadas y cuántas de ellas fueron despachadas.
- **Sección F:** En "número de reacciones adversas por acto transfusional" corresponde registrar el número de reacciones transfusionales por acto transfusional por tipo de componente sanguíneo, y tipo de reacción.



## RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.26

### ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y OTROS ESPACIOS

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-A.26

SECCIÓN A: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS

SECCION B: OTRAS VISITAS INTEGRALES

SECCION C: TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS EN DOMICILIO

SECCIÓN D: RESCATE DE PACIENTES INASISTENTES

#### II. DEFINICIONES NOMINALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES REM-A.26

##### SECCION A: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS

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)

##### SECCION B: OTRAS VISITAS INTEGRALES

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.

#### SECCION C: TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS EN DOMICILIO

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, entendiéndose 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, aún 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.

#### SECCION D: RESCATE EN DOMICILIO DE PACIENTES INASISTENTES

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.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-A.26

**Generalidades:** Las visitas integrales realizadas a familias se registrarán 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.

- **Sección A:** se registra el número de familias a las que se les ha realizado Visitas Domiciliares 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 cuántos profesionales asistieron al domicilio.

No se considera Visitas Domiciliarias las verificaciones de domicilio y las citaciones, 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 Téc. 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.

- **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, etcétera.

**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.

- **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.

- **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 estas no deben ser incluidas como producción del establecimiento.

## **RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.27**

### **EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

#### **I. ESTRUCTURA DEL 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)

SECCIÓN D: EDUCACIÓN GRUPAL A GESTANTES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (NIVEL SECUNDARIO)

#### **II. DEFINICIÓN NOMINAL DE 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.

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

SECCIÓN B: ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, SEGÚN PERSONAL QUE LAS REALIZA (SESIONES)

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.

### SECCIÓN C: ACTIVIDAD FÍSICA GRUPAL PARA PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (SESIONES)

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.

### SECCIÓN D: EDUCACIÓN GRUPAL A GESTANTES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (NIVEL SECUNDARIO)

Corresponde a la Educación para Gestantes, con distintos factores de riesgo obstétrico perinatal, enfocado al ámbito de patologías que afectan su periodo de gestación, atenciones y cuidados para la preparación del parto, y taller de educación prenatal.

## III. DEFINICIONES OPERACIONALES DE VARIABLES DE REM-A.27

- **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:** 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 de Salud Cardiovascular" se registra el número de Sesiones de Actividad Física según profesional que las realiza, por tramos de edad de los participantes.

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.

- **Sección D:** Corresponde registrar el número total de sesiones en educación grupal que se realizan a las Gestantes que se encuentran en control de Alto Riesgo Obstétrico en el nivel secundario, en los temas de Auto-cuidado según sus patologías, en la preparación para el parto y en los talleres programados para la educación prenatal.

## **RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.28 PROGRAMA DE REHABILITACION FISICA**

### **I. ESTRUCTURA DEL REM-A.28**

SECCIÓN A: CONSULTAS EN SALAS DE REHABILITACION FISICA (EVALUACION)  
SECCIÓN B: INGRESOS Y EGRESOS A SALAS DE REHABILITACION FISICA EN APS.  
SECCIÓN C: PERSONAS QUE LOGRAN INCLUSIÓN SOCIAL EN EL MES  
SECCIÓN D: CONTROLES EN SALAS DE REHABILITACIÓN FÍSICA  
SECCIÓN E: PROCEDIMIENTOS  
SECCIÓN F: CONSEJERÍA INDIVIDUAL  
SECCIÓN G: CONSEJERÍA FAMILIAR  
SECCIÓN H: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES  
SECCIÓN I: PERSONAS QUE INGRESAN A EDUCACIÓN GRUPAL  
SECCIÓN J: SESIONES DE EDUCACIÓN GRUPAL  
SECCIÓN K: PROMOCIÓN Y TRABAJO INTERSECTORIAL

### **II. DEFINICIONES NOMINALES DE VARIABLES DE REM-A.28**

SECCIÓN A: CONSULTAS EN SALAS DE REHABILITACIÓN FISICA (EVALUACION)

Atención entregada por, médico, 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)

SECCIÓN B: INGRESOS Y EGRESOS A SALAS DE REHABILITACIÓN FÍSICA:

Ingreso: Corresponde a incorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación Física. Permittedose que se integre una persona con más de una patología tales como: Síndrome doloroso de origen traumático, Síndrome doloroso de origen no traumático, Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera, Secuela de AVE (Accidente Vascular Encefálico) , Secuelas de TEC (Traumatismo Encéfalo-Craneano) , Secuela TRM (Traumatismo Raquimedular), 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 (Enfermedades no enlistadas)

Egresos: Corresponde al total de personas que dejan de controlarse ya sea, por alta, cumplimiento de objetivos, traslados, fallecimiento, abandono de tratamiento, etc.

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.

## SECCIÓN C: PERSONAS QUE LOGRAN INCLUSIÓN SOCIAL

Corresponde al número de personas, que han logrado 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, escolar, a grupos sociales, a desarrollos al interior de la familia y el hogar, el logro de una actividad nueva o recuperada.

## SECCIÓN D: CONTROLES DE REHABILITACIÓN FÍSICA

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.

## SECCIÓN E: PROCEDIMIENTOS

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: Fisioterapia, Masoterapia, Ejercicios terapéuticos, Confección de órtesis, Confección de adaptaciones, Entrenamiento de AVD (actividades de la vida diaria) se pueden realizar en la sala de rehabilitación (para lo que está implementada) en la casa, en un tercer lugar, Estimulación del desarrollo psicomotor, Cuyo objetivos es mejorar la condición de vida de las personas en situación de discapacidad.

En el procedimiento Ayudas Técnicas: se registra la entrega como tal que incluye el entrenamiento y educación y el proceso previo de trámites para conseguirla.

## SECCIÓN F: CONSEJERÍA INDIVIDUAL

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, nonormativas, 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 dar 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.



## SECCIÓN G: CONSEJERÍA FAMILIAR

Interacción terapéutico 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.

## SECCIÓN H: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES

Visita domiciliaria que se realiza a una familia con integrante en Programa de Rehabilitación física, 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 y/o consejerías familiares, educación para la salud (enseñanza al cuidador), etc.

## SECCIÓN I: PERSONAS QUE INGRESAN A EDUCACIÓN GRUPAL

Proceso programado de interacción con fines educativos, cuyo fin es entregar orientación , conducción y aprendizaje facilita las actividades de la vida cotidiana. La participación e intercambio de experiencias permite la adopción de conductas favorables para la salud del individuo, familia y comunidad, se orienta a la prevención de discapacidad

## SECCIÓN J: SESIONES DE EDUCACIÓN GRUPAL

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.

Se debe registrar el número Sesiones Educativas según sea un profesional o equipo de salud que las realiza, desagregadas por áreas temáticas.

## SECCIÓN E: PROMOCIÓN Y TRABAJO INTERSECTORIAL

Reuniones de planificación: Se incluyen en esta sección las actividades comunitarias, el trabajo intersectorial, las actividades con organizaciones de personas en situación de discapacidad, actividades en lugares de trabajo o educacionales. Se registran aquí todas las actividades asociadas al trabajo de diagnóstico participativo y la planificación y ejecución del plan con la comunidad.

Capacitación, jornadas, seminarios: Se consideran todas las actividades destinadas a la población en general y el intersector cuyo fin es la extensión, capacitación, formación de monitores.

Capacitación estructurada con objetivos educativos precisos, están destinadas a generar competencias en áreas específicas, ejemplo programas estructurados para la formación de monitores, cuidadores.

Educación grupal: A diferencia de la educación grupal definida en la sección I destinada a los grupos de prevención y apoyo a los cuidadores que están ingresados a las Salas de Rehabilitación (prevención secundaria), estas actividades son de extensión a grupos de población general, ej.: consejo comunal, profesores, etc., pueden ser actividades para dar a conocer el programa, sensibilizar a grupos respecto a la discapacidad.

### III. DEFINICIONES OPERACIONALES DE VARIABLES DE REM-A.28

**GENERALIDADES:** Todas las actividades de Rehabilitación Física que realicen los kinesiólogos, deben ser registrados en este REM.

- **Sección A:** "consultas de Rehabilitación física", el dato que se debe registrar corresponde a las consultas realizadas por profesional y segregado en grupos de edad, además de registrar el total dividido por sexo, y agregando en la última columna el total de beneficiarios del programa.
- **Sección B:** se registra el número personas que ingresan al programa, persona que puede padecer más de un patología, por tanto se debe registrar en cada una de las que padece.

La suma de las patologías/secuelas pueden ser mayor o igual al total de personas.

Total de Egresos: Es el registro de personas que obtienen alta, abandonan o fallecen.

Egresos por Alta: registro de personas que finalizan y cumplen los objetivos de plan de tratamiento consensuado.

Egreso por abandono: registro de personas que ha permanecido inasistentes a más de 2 sesiones de rehabilitación seguidas.

- **Sección C:** Se debe registrar el número de personas que han logrado inclusión social, en el mes informado, a lo largo de su tratamiento de rehabilitación
- **Sección D:** Se debe registrar el número de controles realizados por profesional siendo desglosados por edad, sexo, y el total de beneficiarios del programa.
- **Sección E:** Corresponde registrar las actividades realizadas por el equipo de Rehabilitación, correspondiente al plan de tratamiento consensuado previamente.
- **Sección F:** Corresponde al total de consejerías agendadas y programadas que ha realizado el profesional, entregadas al paciente.

- **Sección G:** corresponde registrar el total de actividades dirigidas al paciente y su familia, realizada por los distintos profesionales del equipo de rehabilitación
- **Sección H:** corresponde el Registro de visitas a familias con integrante en Rehabilitación Física, 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 sólo cuentan con Técnico Enfermería de Nivel Superior, deberán registrar en esta última celda)
- **Sección I:** Corresponde al registro del número de personas que ingresan a Educación grupal, recibiendo instrucción para Prevención secundario, e información de enfermedades en Actividades grupales.
- **Sección J:** "Sesiones de educación grupal", corresponde al total de sesiones realizadas por esta área temática de prevención
- **Sección K:** "Promoción y trabajo intersectorial", actividades según líneas de acción y además el total de participantes para cada acción.

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 de APS con espacios habilitados para Actividades de Rehabilitación

Equipos Móviles Rurales de Rehabilitación.

Postas rurales

# **REM 2012-2013**

## **SERIE BM**

## RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BM.18

### ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO y TERAPÉUTICO

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.

#### I. ESTRUCTURA DEL 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 IMAGÉNES DIAGNÓSTICA Y PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA  
SECCIÓN K.1: LENTES, AUDIFONOS Y AUDIOMETRIAS A PERSONAS HASTA 64 AÑOS (PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD)  
SECCION K.2: ENTREGA DE AYUDAS TÉCNICAS GES A PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS EN EL ESTABLECIMIENTO

#### II. DEFINICIONES NOMINALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES REM-BM.18

SECCIONES CON LA MISMA ESTRUCTURA DE VARIABLES:

- A: Exámenes de Diagnóstico,
- B: Procedimientos 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.

#### SECCIÓN C: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 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.

#### SECCIÓN D: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 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.

#### SECCIÓN E: MISCELÁNEOS

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 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 clasificadas en las variables de crónicos y morbilidad general.

Despacho Total: corresponde al número de recetas despachadas en su totalidad, clasificadas en las variables de crónicos y morbilidad general.

Despacho parcial: Corresponde aquellas en que se despacharon sólo alguno de los medicamentos incluidos o una parte de ellos según la indicación del profesional.

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, generará 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 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.

Los establecimientos municipales que brindan atención ambulatoria que deben reportar información sobre recetas y prescripciones atendidas son: 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.

## 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

La atención de un 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.

La atención por Kinesiólogo: 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-A.28.

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.

## SECCION 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. Esto es independiente de cuantos tipos de ronda necesite para su traslado el equipo ya que en ocasiones pueden ser más de una para llegar a su destino

Corresponde registrar el número de Rondas que realiza el equipo de salud, según los recursos y desglosadas por tipo de traslado: terrestre, aéreo o marítimo.

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 pueden participar dos o más Profesionales.

## 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.



Corresponde registrar el número de pacientes trasladados, según tipo de transporte en establecimientos dependientes de las municipalidades. 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 K: PROGRAMA DE IMAGÉNES DIAGNÓSTICAS 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).

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, AUDIFONOS Y AUDIOMETRIAS A PERSONAS HASTA 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, Postas de Salud Rural dependientes 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 las Municipalidades).

## RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BM.18A

### LIBRO DE PRESTACIONES DE APOYO DIAGNOSTICO y TERAPÉUTICO

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.

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.

Incluye:

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)

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 Médico 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 Teleelectrocardiogramas: 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 2012-2013**

## **SERIE BS**

## **RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-BS.0**

### **FACTURACION PAGO POR PRESTACIONES INSTITUCIONALES (P.P.I.)**

#### **I. ESTRUCTURA DEL REM-BS0**

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:

SECCIÓN A: ATENCIONES ABIERTAS (REM 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07 y 08)  
SECCIÓN B: EXAMENES DE DIAGNOSTICO (Libro Anexo REM 17A)  
SECCIÓN C: PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR, GINECOLOGIA, OBSTETRICIA Y ORTOPEDIA (Libro Anexo REM17A)  
SECCIÓN D: INTERVENCIONES QUIRURGICAS (Libro Anexo REM17A)  
SECCIÓN E: PARTOS (Libro Anexo REM17A)  
SECCIÓN F: ATENCIÓN ADONTOLOGICA (Grupo 27 del REM 17A)  
SECCIÓN G: ATENCIÓN CERRADA, DIAS DE HOSPITALIZACIÓN (REM 20)  
SECCIÓN H: ACTIVIDADES PROTECCIÓN ESPECIFICA (REM 17A)  
SECCIÓN I: HEMODIALISIS Y PERITONEODIALISIS (Libro anexo REM17A)  
SECCIÓN J: PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS  
SECCIÓN K: MISCELANEOS (REM 17A)  
SECCIÓN L: FACTURACIÓN POR ATENCIONES SALUD OCUPACIONAL Y AMBIENTAL (RMC0- SALUD OCUPACIONAL y MEDIO AMBIENTE)  
SECCIÓN M: LENTES, AUDIFONOS, 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

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 ESTADISTICO MENSUAL REM-BS.17**

### **ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO**

#### **I. ESTRUCTURA DEL REM-BS17**

En general los datos consignados en él, se generan automáticamente, a partir del REM17A, y consta de las siguientes secciones:

SECCIÓN A: EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

SECCIÓN B: MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA

SECCIÓN C: PROCEDIMIENTOS DE ORTOPEDIA

SECCIÓN D: HEMODIALISIS

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 PIÉ 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, AUDIFONOS Y AUDIOMETRÍAS A PERSONAS HASTA LOS 64 AÑOS (PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD)

SECCION Q: ENTREGA DE AYUDAS TÉCNICAS GES A PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS EN EL ESTABLECIMIENTO

#### **II. DEFINICIONES NOMINALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES DE REM-BS17**

##### **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

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.

#### SECCIÓN F.1: INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR TIPO DE INTERVENCIÓN (INSTITUCIONALES).

Corresponde a los procedimientos quirúrgicos 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 MAI, por el establecimiento.

Nota: Las intervenciones registradas en la sección F.1, deben ser coincidentes con el registro de la sección E.

#### SECCIÓN F.2: COMPRAS REALIZADAS AL EXTRASISTEMA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR TIPO DE INTERVENCIÓN

Esta sección está destinada a registrar exclusivamente las intervenciones quirúrgicas 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.

#### **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.<br><br>Várices<br><br>Tumores de mama benignos<br><br>Tumores pequeños de cabeza y cuello<br><br>Colecistectomía por laparoscopia |
| Coloproctología      | Hemorroides<br><br>Fístulas<br><br>Fisuras Anales   |
| Oncología            | Tumores pequeños  |
| Máxilo facial        | Reducción de Fracturas  |
| Plástica             | Cirugía Reconstructiva  |
| Urología             | Fimosis<br><br>Parafimosis<br>Hidrocele   |
| Oftalmología         | Cataratas   |
| Otorrinolaringología | Amigdalectomía, Adenoidectomía  |
| Cirugía infantil     | Hernia<br><br>Criptorquidia<br><br>Fimosis  |
| Neurocirugía         | Túnel carpiano  |
| Ginecología          | Esterilización Tubaria<br><br>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 anestesistas, 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 Anestesista se encuentre contratado por esta modalidad para que se efectúe el registro.

#### SECCIÓN G: AMPUTACIÓN POR PIE DIABÉTICO

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.

#### 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

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.

## SECCIÓN J: DESPACHO DE RECETAS DE PACIENTES AMBULATORIOS

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 recetas recibidas en la unidad de Farmacia, clasificadas en las variables de crónicos y morbilidad general durante el mes informado.

Despacho Total: corresponde al total de recetas despachadas en su totalidad, clasificadas en las variables de crónicos y morbilidad general. (No se aplica Servicio Urgencia Hospitales y Servicio Atención Primaria de Urgencia (SAPU)).

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).

## SECCIÓN K: PRESCRIPCIONES ADMINISTRADA 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".

## 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 P.Ej.: 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.

Nº de camas básicas con dosis diaria: Corresponde al número de pacientes que utilizan camas básicas, y tiene incorporado el sistema de entrega de medicamentos en dosis diarias.

## SECCION M: 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: 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.

## SECCIÓN N: 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 O: 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 P.1: 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.

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 P.2: 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 Hospitales de baja complejidad y Centros de Salud dependientes del Servicio de Salud.

## SECCIÓN Q: 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).

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-BS17

- **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:** 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 realizadas en el establecimiento.

- **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 en el establecimiento.
- **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 E.
- **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:** 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.
- **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 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:** 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:** 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:** 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 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

#### I.- 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), según los siguientes grupos:

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).

#### II.-DEFINICIONES NOMINALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES DE REM-BS17A

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, Beneficiario y no Beneficiario.

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%), cuando un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico se han realizado dos o más intervenciones de distinto código, ya sea por la misma incisión o por otras diferentes.

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 anestesistas, 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.**

**I.-GENERALIDADES:**

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.

**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

**II.-DEFINICIONES NOMINALES Y OPERACIONALES DE 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**

Corresponde al 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, prescribir o indicar 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 exámenes radiológicos simples: Corresponde a la petición de exámenes radiológicos simples, 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 otros exámenes radiológicos complejos: Corresponde a la petición de exámenes radiológicos complejos, 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 Teleelectrocardiogramas: 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 Osteopulmonares: Corresponde a la petición de exámenes radiológicos osteopulmonares, 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.

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 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.

Emisiones de informes (uso exclusivo de Establecimiento de Mayor Complejidad)

Elaboración de análisis realizada por establecimientos de Mayor complejidad a Establecimientos de la red Asistencial, Institucional, o para ventas de Servicio y/o convenios, con resultados de para exámenes radiológicos simples, complejos, teleelectrocardiogramas, radiografías osteopulmonares, radiografías odontológicas, tomografías de Urgencia y Unidad de Pacientes Críticos (UPC)

## **RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-B.17D (Serie BS) COMPRA DE SERVICIO DE PRESTACIONES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO REALIZADAS**

### **I.-GENERALIDADES:**

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.

#### 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.

### **II.-DEFINICIONES NOMINALES Y OPERACIONALES DE 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.



## **RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-B.21 (Serie BS)**

### **PABELLONES QUIRÚRGICOS Y OTROS RECURSOS HOSPITALARIOS**

#### **I. ESTRUCTURA DEL REM-B.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)

#### **II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES REM-B.21**

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 cardiorespiratorio, 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 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 que los pabellones se encuentran en condiciones de uso para realizar cirugía mayor.

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.

## SECCIÓN B: PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS AMBULATORIOS

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  $15 \times 4 = 60$  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.

## SECCIÓN C: HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

### SECCIÓN C.1: PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA.

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.

### SECCIÓN C.2: VISITAS REALIZADAS

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.

## SECCIÓN D: HOSPITAL AMIGO

### SECCIÓN D.1: ACOMPAÑAMIENTO A HOSPITALIZADOS

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 período, 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 todo 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 contó con acompañamiento diurno durante 6 horas (como mínimo), excluyendo el horario de visita.

Días camas ocupadas con acompañamiento nocturno: Corresponde a los días camas en que el paciente contó 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.

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, psiquiatría<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Normas Modalidad Atención Institucional (MAI), FONASA, Resolución N° 50 del 30 de enero de 2009.

## SECCIÓN D.2: INFORMACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES EGRESADOS

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.

## SECCIÓN E: APOYO PSICOSOCIAL EN NIÑOS (AS) HOSPITALIZADOS (\*)

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 sicosocial 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 Catalogo de Prestaciones Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB) – Programa Chile Crece Contigo.

## SECCIÓN F :GESTIÓN DE PROCESOS DE PACIENTES QUIRÚRGICOS CON CIRUGÍA ELECTIVA

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.

Cirugía General: corresponde registrar el número de pacientes intervenidos y la sumatoria de los días de estada pre-quirúrgicos de éstos, de las Cirugías Abdominales y Proctológicas, es decir el grupo 18 del Arancel FONASA.

Traumatología, Neurocirugía y Urología, Cirugía Adulto, Cirugía Infantil, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Máxilo Facial, Cirugía Tórax, Neurología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Obstetricia y Ginecología, Ginecología: se registra el número de pacientes intervenidos y la sumatoria de los días pre quirúrgicos de estos, según los servicios clínicos indicados.

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.

## SECCIÓN G : GESTIÓN DE PABELLÓN ( CIRUGÍA ELECTIVA-INSTITUCIONAL)

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.

Se detallan en esta sección el número de intervenciones quirúrgicas programadas y suspendidas en la especialidad indicada (Cirugía General, Cirugía Adulto, Cirugía Infantil, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Máxilo Facial, Cirugía Tórax, Traumatología, Neurocirugía, Neurología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Obstetricia y Ginecología, Ginecología, Urología y Resto de especialidades).

Cirugía General, corresponde a las Cirugías Abdominales y Proctológicas, grupo 18 Arancel FONASA.

Resto Especialidades: corresponde al registro de las Cirugías de Especialidades que se realizan en el establecimiento, que no están desglosadas en la sección. Esto según Decreto N°57 del 2007.

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.

### **III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES REM-B.21**

**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**: se registra las actividades realizadas en las Unidades especificadas, según componente de esta modalidad de atención.

**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**: Se registra el número de visitas realizadas a personas con Hospitalización Domiciliaria, desglosado en los participantes de esta visita.

**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-B.21.

**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.

**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 a las personas hospitalizadas, independiente del profesional que las otorgó.

**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:** 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.

# REM 2012-2013

## SERIE C

## REM 13 ACTIVIDAD DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA

Las vacunas son utilizadas como una estrategia de prevención primaria cuya finalidad es disminuir la incidencia de enfermedades tanto desde el punto de vista de la calidad de vida como de los costos en salud, además las vacunas son medicamentos biológicos que aplicados a personas sanas provocan la generación de defensas (anticuerpos) que actúan protegiendo ante el contacto con los agentes infecciosos contra los que se vacuna, evitando la infección o la enfermedad.

El Plan Nacional de Inmunizaciones, posee un enfoque integral y tiene como objetivo prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital.

### I. ESTRUCTURA DEL REM-C

SECCIÓN A: VACUNAS COLOCADAS

SECCIÓN B: RABIA

### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES REM-C

SECCIÓN A: VACUNAS COLOCADAS

Dentro del Plan Nacional de Inmunización del niño/a se administran las siguientes vacunas:

**Vacuna BCG:** vacuna inyectable se administra durante la estadía del Recién Nacido en la maternidad, protege contra la tuberculosis.

**Vacuna Pentavalente (DTP- HEP B- Hib):** Es una inyección que incluye cinco vacunas contra la difteria, tétanos, Pertussis (tos convulsiva coqueluche), hepatitis B y la bacteria Haemophilus b. Su población objetivo toda la población infantil y se aplica una dosis de vacuna a los 2, 4, 6 y un refuerzo a los 18 meses de edad.

**Vacuna DPT:** Inyección contra la difteria, tétanos y pertussis (tos convulsiva coqueluche). Se administra a los 4 años de edad. (Vacuna que se suspende a partir del año 2012)

**Vacuna Polio oral o Sabin (ANTI POLIO):** Protección específica, para prevenir POLIOMIELITIS. Su población objetivo es toda la población infantil. Se inmuniza en una dosis de vacuna a los 2, 4, 6 y un refuerzo a los 18 meses de edad. Con vacuna administrada en forma oral, viva atenuada.

**Vacuna Ex Trivírica (SRP):** Vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (paperas). Se aplica una dosis de vacuna SRP a los 12 meses de edad y una segunda dosis de refuerzo en 1º básico. Su población objetivo es toda la Infantil.

**Vacuna Toxoide Diftérico Tetánico:** Inmunización para prevenir TÉTANOS. Población objetivo, toda población infantil y población expuesta al tétanos. Corresponde a una tercera dosis de refuerzo para difteria y tétanos en 2º año de enseñanza básica, en presentación DT.

**Vacuna Neumococica Conjugada:** Contra la bacteria neumococo que origina neumonía, meningitis, artritis, otitis, etc. Se aplica a toda la población infantil en dosis a los 2, 4 meses y una dosis de refuerzo al término del primer año de vida, a los 12 meses.

**Hemophilus Influenzae b (Hib):** Se produce por la bacteria *Haemophilus influenzae tipo B*, que es la que contiene la vacuna hexavalente y que protege a los niños contra enfermedades graves producidas por Hib

**Hexavalente:** Protege contra la poliomielitis Hemofilus influenzae tipo B, Hepatitis B, DTP, se aplica a la población infantil en dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad y una dosis de refuerzo a los 18 meses de edad.

**Polio Inyectable:** Protección específica, para prevenir POLIOMIELITIS. Su población objetivo es toda la población infantil. Se inmuniza en una dosis de vacuna a los 2, 4, 6 y un refuerzo a los 18 meses de edad. Con vacuna administrada en forma inyectable con virus inactivados.

**Hepatitis B:** Se puede presentar de dos formas; la primera en forma combinada junto a toxoide diftérico, toxoide tetánico, bacterias inactivadas de Pertussis, y el polisacárido capsular de *Haemophilus influenzae tipo b (Hib)* y la segunda como antígeno solo, protege contra la hepatitis B. Se aplica a toda la población infantil, tres dosis durante el primer semestre de vida y un refuerzo al término del tercer semestre de vida (2, 4, 6 y un refuerzo a los 18 meses), personal de salud sector público (3 dosis), pacientes con insuficiencia renal crónica-predialisis (3 dosis), pacientes con insuficiencia renal terminal o en diálisis (3 dosis y un refuerzo), pacientes con hemofilia, hepatitis C y otros (3 dosis)

**Neumococica Polizacarida 23 Valente:** El neumococo es una bacteria que puede causar infecciones graves en los pulmones (neumonía), de la sangre (sepsis) y de las

membranas que recubren el cerebro (meningitis) que tienen una importante mortalidad. Su población objetivo son las personas de 65 años, por decreto (Exento N° 06 del 29 Enero del 2010), además de personas menores de 65 años y mayores de 65 años, con algunas condiciones asociadas.

**Inmunoglobina Antitetánica (Ig):** Es un tipo de anticuerpos, se administra en caso de herida por protocolo. Se administra en dosis única.

**Fiebre Amarilla:** Inmunización para prevenir contra la infección transmitida por mosquitos, capaz de provocar una falla del hígado, los riñones y el corazón así como hemorragias generalizadas.

**dpaT:** Vacuna que reemplaza el refuerzo de D.P.T (4 años), el refuerzo dT, administrado en 2º Básico, por una dosis en 1º básico. La vacuna dpaT, es refuerzo en niños previamente vacunados con DPT de célula entera en su esquema primario, la dpaT es igualmente inmunogénica, obteniendo un nivel adecuado de protección y teniendo la ventaja de ser menos reactogénica en comparación con D.P.T de célula entera, esta vacuna protege difterias, tétano y tos convulsiva.

Se debe tener claro que, si quedaran niños de 4 años sin refuerzo de DPT, ello no reviste mayor riesgo ya que la serie primaria con vacuna Pentavalente (3+1), confiere inmunidad por al menos 8 a 10 años. (Decreto N° 35 del 26-01-2012 que modifica el decreto N°6 del 2010)

#### SECCIÓN B: RABIA

**Vacunas Antirrábicas:** Vacuna para la prevenir la rabia en individuos con riesgo de infección y para el tratamiento de la infección rábica supuesta o confirmada. Se administra en esquema de 5 dosis en condiciones de riesgo real, y un esquema de 3 dosis cuando se trata de profilaxis.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONALES DE VARIABLES REM-C

- **SECCIÓN A:** se registrar el número de dosis administradas para las diferentes tipos vacunas enlistadas. En la fila que registra Edad en meses o en años, corresponde el número de inmunizaciones en la edad señalada, en caso de ser superior, se registrará en Total.

No olvidar que la fila TOTAL debe ser siempre igual o superior al campo correspondiente a la edad programática.

- **SECCIÓN B:** Se registra el número de vacunas colocadas a personas, desglosadas en número de vacunas colocadas a personas mordidas y por dosis antirrábica.

Se adjunta calendario de vacunación 2012

## Plan Nacional de Inmunizaciones

# Calendario de VACUNACIÓN 2012

| Edad               | Vacuna                     | Protege contra   |
|--------------------|----------------------------|--|
| Recién Nacido      | BCG                        | Tuberculosis   |
| 2, 4 Meses         | Pentavalente               | Hepatitis B<br>Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva<br>H. Influenza B |
|                    | Polio oral                 | Poliomielitis  |
|                    | Neumocócica conjugada      | Enfermedades por Neumococo   |
| 6 Meses            | Pentavalente               | Hepatitis B<br>Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva<br>H. Influenza B |
|                    | Polio oral                 | Poliomielitis  |
| 12 meses           | Tres vírica                | Sarampión<br>Rubéola<br>Paperas                                    |
|                    | Neumocócica conjugada      | Enfermedades por neumococo   |
| 18 Meses           | Pentavalente               | Hepatitis B<br>Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva<br>H. Influenza B |
|                    | Polio oral                 | Poliomielitis  |
| 1º Básico          | Tres vírica                | Sarampión, Rubéola, Paperas  |
|                    | dT <sub>p</sub> (acelular) | Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva                                  |
| Adultos de 65 años | Neumo23                    | Enfermedades por Neumococo   |

# REM 2012-2013

## SERIE D

## RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-D.15

### PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), es un programa de salud enfocado a realizar actividades de apoyo nutricional preventivo y de recuperación, a través de las cuales se distribuye leche y otros alimentos a infantes menores de seis años, prematuros de <1500 gramos de peso al nacer y/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 fenilcetonuria 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.

#### I. ESTRUCTURA DEL 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 Y NO BENEFICIARIA DEL SNSS

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

Productos:

- Leche Purita Fortificada
- Purita Cereal
- Mi Sopita
- Purita Mamá
- Fórmula Prematuros
- Fórmula Continuación

Grupos programáticos

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 desnutridos, nodriza con antecedente de bajo peso)
- Refuerzo (niños con riesgo)
- 

## **II. DEFINICIONES NOMINALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES REM-D.15**

### **SECCIÓN A: DISTRIBUCIÓN (KILOS) A POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL SNSS**

Corresponde a la distribución de kilos de alimentos entregados a los beneficiarios menores de 6 años, gestantes y nodrizas.

Situaciones de excepción.

Los niños(as) menores de 6 meses con déficit nutricional son excepcionales, todos ellos requieren intervención médica y nutricional urgente ya que a esta edad, en especial si tienen lactancia materna exclusiva, el déficit está revelando alguna enfermedad seria o arrastra algún déficit por haber nacido con bajo peso, por lo que deben ser evaluados por médico y nutricionista, analizados por el comité de nutrición y muchos de ellos derivados al nivel secundario para estudio.

Estas indicaciones y otras, están establecidas con detalle en la Guía de Alimentación del menor de 2 años y en la Norma de Manejo Ambulatorio de la Malnutrición, en las

que además se refuerza la norma de que la introducción de sólidos no debería ser antes de los 6 meses.

Aun considerando lo anterior, si hubiere niños(as) que requieran el producto "Mi Sopita", en situaciones excepcionales, esta entrega podrá registrarse, según el siguiente esquema:

- Sección A kilos de alimentos se registrará en el grupo de edad siguiente, independiente de su edad. Si el niño (a) recibe este producto en el control de los 5 meses para la introducción de la alimentación no láctea, los kilos entregados de Mi Sopita, deberán registrarse en el grupo de edad de 6 a 11 meses.
- Sección C número de personas beneficiarias: se registrará en el casillero del grupo de edad que corresponde.

Registro en Gestantes: El estado nutricional condiciona el volumen de entrega de Purita Mamá. 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: Sólo en aquellas gestantes y posteriormente nodrizas diabéticas descompensadas y con indicación médica de restricción absoluta de sacarosa, o casos con Enfermedad Celíaca, 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 período del embarazo y la condición de lactancia (Materna Exclusiva, Materna Predominante, Fórmula Predominante o Exclusiva), determina el volumen de entrega de Purita Mamá 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 Mamá según la condición de lactancia y su estado nutricional. El Nº de hijos no condiciona el beneficio de kilos Purita Mamá. 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 Mamá.

Cuando la condición de lactancia es "Lactancia Materna Predominante", los kilos de Purita Mamá 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 Mamá 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 celíaca a niños de 18 y más meses de edad, a gestantes y nodrizas con las causales de excepción antes señaladas.

## SECCIÓN B: DISTRIBUCIÓN PROGRAMA DE PREMATUROS

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. Si por excepción se decide dar Mi sopita a los 5 meses cumplidos de edad gestacional corregida, les corresponde 1 kilo mensual.

## SECCIÓN C: NUMERO DE PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SNSS

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.

## SECCIÓN D: EXISTENCIA Y MOVIMIENTO TOTAL DE PRODUCTOS (INCLUYE BENEFICIARIOS DEL SNSS Y NO BENEFICIARIOS)

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 por el responsable de los Programas Alimentarios de cada establecimiento para enviarla directamente a su homónimo de la SEREMI antes del día 5 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, CENABAST o 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: (Responsabilidad de la Empresa). Se definen como alimentos detectados con falla organoléptica, con alteraciones físicas del envase, faltante en caja contenedora sellada, o que se detecten dañados por transporte. Sólo para el caso de falla organoléptica se requiere sean declarados como tales en una Resolución Administrativa de la autoridad competente, durante este proceso (sospecha de inaptitud) no se incluirán en este rubro y seguirán informándose como existencia (saldo), mientras no sean declarados administrativamente como inaptos para consumo humano (aunque se encuentren retenidos a la espera de dicho documento)
- √ 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.
- √ Trasposos: Es la cantidad de kilos, de cada uno de los productos, que el Establecimiento traspasó 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: Este rubro registra las necesidades para las bodegas centrales, por producto, para el mes subsiguiente al que se informa. Este rubro lo llenan solo los Servicios de Salud que cuentan con bodegas centrales para efectuar redistribución de alimentos. Deberá existir un registro de movimiento de existencia por cada bodega central, sólo con esta sección, detallando la información requerida para los pedidos mensuales, aún 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.

#### SECCIÓN E: DISTRIBUCIÓN (KILOS) A POBLACIÓN NO BENEFICIARIA DEL SNSS.

Corresponde a la a la distribución de kilos de alimentos entregados a los no beneficiarios, clasificados por tipo de alimento y según los grupos programáticos. Incluye la modalidad libre elección de FONASA, Isapres y FFAA. Vea lo señalado en la sección A.

#### SECCIÓN F: DISTRIBUCIÓN PROGRAMA DE PREMATUROS A POBLACIÓN NO BENEFICIARIA DEL SNSS

Corresponde a la distribución de alimentos entregados (en gramos) a la población No beneficiaria del SNSS, clasificados por productos (fórmula 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.

#### SECCIÓN G: NÚMERO DE PERSONAS NO BENEFICIARIAS DEL SNSS

Corresponde al número de personas No beneficiarias que han recibido productos, por grupo programático y por subprograma, mensualmente.

#### SECCIÓN H: NÚMERO DE REEVALUACIONES ANTROPOMÉTRICAS A POBLACIÓN NO BENEFICIARIA DEL SNSS.

corresponde a las evaluaciones antropométricas que se realizan a la Población No Beneficiaria del SNSS, ya sea por diagnóstico de mal nutrición por déficit o por prematurez, a fin de confirmar en ambos casos su situación. Este rubro se desglosa por instrumento que realiza la actividad.

NOTA: La confección del REM debe ser sancionado por los Encargados (as) de los Programas Alimentarios, en los respectivos Establecimientos de Salud de la Red y en las Bodegas Centrales cuando corresponda.

### III. DEFINICIONES OPERACIONALES DE VARIABLES REM-D.15

- **SECCIÓN A:** se registran, para cada Subprograma, los kilos de alimentos entregados a los beneficiarios clasificados por tipo de alimento y según los grupos de edad programáticos.
- **SECCIÓN B:** se registra la cantidad, en gramos, de alimento entregado a la población beneficiaria, clasificados por productos (fórmula de prematuro o continuación), según los grupos programáticos por edad.
- **SECCIÓN C:** se registra el número de personas beneficiarias que han recibido alimentos, por grupo programático y por subprograma, mensualmente.

- **SECCIÓN E:** Se registran, para cada Subprograma, los kilos de alimentos entregados a los no beneficiarios clasificados por tipo de alimento y según los grupos de edad programáticos.
- **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:** se registra el número de personas NO beneficiarias que han recibido alimentos, por grupo programático y por subprograma, mensualmente.
- **SECCIÓN H:** Se registra el total de evaluaciones antropométricas que se realizan a la Población No Beneficiaria del SNSS, ya sea por diagnóstico de mal nutrición por déficit o por prematurez, a fin de confirmar en ambos casos su situación. Este rubro se desglosa por instrumento que realiza la actividad.

### **REVISIÓN LÓGICA Y ARITMÉTICA DE REM-D.15**

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, prematuros, embarazadas y nodrizas diabéticas.

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 ESTADÍSTICO MENSUAL REM-D.16**

### **PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO**

#### **MAYOR**

El Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor es un programa de salud enfocado a realizar actividades de apoyo nutricional preventivo y de recuperación, a través de las cuales se distribuye alimentos a adultos mayores beneficiarios de FONASA, por medio de establecimientos pertenecientes al Sistema Nacional de los Servicios de Salud o adscritos a él.

#### **I. ESTRUCTURA DEL 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

Productos:

- Crema Años Dorados
- Bebida Láctea Años Dorados

Grupos Programáticos:

- 70 años y más (excluidos Chile Solidario, pacientes con TBC, Convenio Hogar de Cristo y otros convenios)
- Chile Solidario (65 y más años)
- 65 y más años (pacientes con TBC)
- 60 y más años (Convenio Hogar de Cristo)

#### **II. DEFINICIONES NOMINALES DE VARIABLES REM-D.16**

SECCIÓN A: DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS (KILOS)

Corresponde a la distribución de kilos de “Crema Años Dorados” y “Bebida Láctea”, para los distintos grupos programáticos.

SECCIÓN B: NÚMERO DE PERSONAS QUE RETIRAN ALIMENTOS DEL SNSS

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.

SECCIÓN C: EXISTENCIA Y MOVIMIENTO DE ALIMENTOS:

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 por el responsable de los Programas Alimentarios de cada establecimiento para enviarla directamente a su homónimo de la SEREMI antes del día 5 de cada mes.

Por 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, CENABAST o 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 y por traspaso).

Egresos:

- √ Distribuido a beneficiario: Es la cantidad de kilos distribuidos a Beneficiarios del SNSS, por tipo de producto, en el mes.
- √ Mermas: (Responsabilidad de la empresa). Se definen como alimentos detectados con falla organoléptica, con alteraciones físicas del envase, faltante en caja contenedora sellada, o que se detecten dañados por transporte. Sólo para el caso de falla organoléptica se requiere sean declarados como tales en una Resolución Administrativa de la autoridad competente, durante este proceso (sospecha de inaptitud) no se incluirán en este rubro y seguirán informándose como existencia (saldo) mientras no sean declarados administrativamente como inaptos para consumo humano (aunque se encuentren retenidos a la espera de dicho documento).
- √ 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 traspasó a otro Establecimiento.
- √ Total egresos: corresponde a la sumatoria de todos los egresos.

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: Este rubro registra las necesidades para las bodegas centrales, por producto, para el mes subsiguiente al que se informa. Este rubro lo llenan solo los Servicios de Salud que cuentan con bodegas centrales para efectuar redistribución de alimentos. Deberá existir un registro de movimiento de existencia por cada bodega central, sólo con esta sección, detallando la



información requerida para los pedidos mensuales, aún cuando no entreguen productos directamente a la población.

Reposición: Se registraran los kilos entregados por las plantas por concepto de reposición kilos faltantes en los pedidos.

Cabe señalar que aquellos Establecimientos que cuentan con Bodegas Centrales que distribuyen a los distintos Establecimientos, deberán confeccionar una planilla REM completando sólo esta sección con la información requerida, aún cuando no entreguen productos a las personas beneficiarias del programa.

Nota: La confección del REM debe ser sancionado por los Encargados (as) de los

Programas Alimentarios, en los respectivos Establecimientos de Salud de la Red y en

las Bodegas Centrales cuando corresponda.

### **III. DEFINICIONES OPERACIONALES DE VARIABLES REM-D.1**

- **SECCIÓN A:** se registra los kilos de alimentos distribuidos para los distintos grupos programáticos.
- **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.

#### **REVISIÓN LÓGICA Y ARITMÉTICA:**

Verificar que las Secciones A, B y C 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: pueden existir pequeñas diferencias que obedecen a excepciones de la Norma Técnica, como es el caso de los beneficiarios que solicitan la entrega de un solo producto.

Comprobar que el saldo del mes anterior sea coincidente con lo informado como "saldo mes siguiente" en el formulario correspondiente al mes anterior.

# REM 2012-2013

## SERIE P

## RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P1

### POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER Y FAMILIA

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-P1:

##### ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN MÉTODO DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD

SECCION B: GESTANTES EN CONTROL CON RIESGO PSICOSOCIAL

SECCION C: GESTANTES EN RIESGO PSICOSOCIAL CON VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL REALIZADA EN EL SEMESTRE

SECCION D: GESTANTES Y MUJERES DE 8º MES POST-PARTO EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL

SECCION E: MUJERES Y GESTANTES EN CONTROL CON CONSULTA NUTRICIONAL

SECCION F: MUJERES EN CONTROL DE CLIMATERIO

##### NIVEL SECUNDARIO

SECCIÓN G: POBLACIÓN EN CONTROL POR PATOLOGÍAS DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-P1

##### ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN MÉTODO DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD

Total Población Bajo Control: Corresponde a las personas que han sido atendidas por el Programa de Regulación de Fertilidad, en establecimientos con nivel primario de atención, según los siguientes métodos anticonceptivos: Dispositivo Intra Uterino (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 tienen citación para 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 de la mujer a control y 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 a control y no ha 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 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 con pueblo indígena u originario, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por algún método de regulación de fertilidad.

Mujeres en control con 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: 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 (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.

## SECCIÓN B: GESTANTES EN CONTROL CON RIESGO PSICOSOCIAL

Total Población Bajo 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, tiene 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 han sido controladas por su embarazo y que presentan riesgo psicosocial (según aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada aplicada en el control, a la fecha del corte.

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.

## SECCIÓN C: GESTANTES EN RIESGO PSICOSOCIAL CON VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL REALIZADA EN EL SEMESTRE

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.

## SECCION D: GESTANTES Y MUJERES DE 8º MES POST-PARTO EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL

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.

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

## SECCION E: MUJERES Y GESTANTANTES EN CONTROL CON CONSULTA NUTRICIONAL

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 déficit (bajo peso) o por exceso (sobrepeso y obesidad) y las mujeres en etapa de puerperio reciben consulta nutricional al 3º y 6º mes post parto.

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

## SECCION F: MUJERES EN CONTROL DE CLIMATERIO

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 mejora 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.

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 no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

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 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".

## NIVEL SECUNDARIO

### SECCION G: POBLACIÓN EN CONTROL POR PATOLOGÍAS DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

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) y Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE), Otro Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE), Síntomas 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, tiene 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.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-P1

- **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)” deben estar contenidas en los registros según edad de las mujeres controladas, por método anticonceptivo.

Las mujeres con “retiro de implante anticipado” deben estar contenidas en los registros según edad de las mujeres controladas, por método anticonceptivo.

- **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.

- **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.

- **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 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.

- **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.

- **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.

- **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 ESTADISTICO REM-P2

### POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-P2

SECCION A: POBLACIÓN EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL

SECCION B: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN RESULTADO DE PAUTA DE OBSERVACIÓN DE LA RELACIÓN VINCULAR

SECCION C: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN RESULTADO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

SECCION D: POBLACIÓN DE 1 A 6 MESES EN CONTROL, SEGÚN APLICACIÓN SCORE RIESGO EN IRA

SECCION E: POBLACIÓN EN CONTROL EN EL SEMESTRE CON CONSULTA NUTRICIONAL, SEGÚN ESTRATEGIA

SECCION F: POBLACIÓN INASISTENTE A CONTROL DEL NIÑO SANO (AL CORTE)

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-P2

SECCION A: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL

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 Puérpera – Recién Nacido, o por Medico 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 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.

#### SECCIÓN B: POBLACION EN CONTROL SEGÚN RESULTADO DE PAUTA DE OBSERVACIÓN DE LA RELACIÓN VINCULAR

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.

#### SECCIÓN C: POBLACION EN CONTROL SEGÚN RESULTADO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

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

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

#### SECCION D: POBLACIÓN BAJO CONTROL DE 1 A 6 MESES SEGÚN APLICACIÓN SCORE DE RIESGO EN IRA

Corresponde a los niños y niñas que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, de 1 a 6 meses, que ha recibido la aplicación del score de riesgo de morir por bronconeumonía, según norma, integrado al control de salud, obteniendo los siguientes resultados: Riesgo Leve, Riesgo Moderado, Riesgo Grave.

## SECCION E: POBLACIÓN EN CONTROL EN EL SEMESTRE CON CONSULTA NUTRICIONAL, SEGÚN ESTRATEGIA

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 están 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.

## SECCION F: POBLACIÓN INASISTENTE A CONTROL DEL NIÑO SANO (AL CORTE)

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.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-P2

- **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 autoreconocen 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.
- y 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:** 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:** 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:** 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.
- **Sección E:** se registra el número de niños (as) bajo control que recibieron consulta nutricional en el semestre, al control del 5to mes y al control de los 3 años 6 meses
- **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.

## RESUMEN ESTADISTICO REM-P3

### POBLACIÓN EN CONTROL - POBLACIÓN EN CONTROL OTROS PROGRAMAS

#### I.- ESTRUCTURA DEL REM-P3:

SECCIÓN A: EXISTENCIA DE POBLACIÓN EN CONTROL

SECCIÓN B: INGRESOS DEL SEMESTRE

SECCIÓN C: EGRESOS DEL SEMESTRE

SECCIÓN D: CUIDADORES DE PACIENTES POR DEPENDENCIA SEVERA

SECCIÓN E: POBLACION EN CONTROL EN PROGRAMA REHABILITACIÓN PULMONAR EN SALA IRA-ERA

#### II.- DEFINICIONES DE VARIABLES NOMINALES REM-P3.

SECCION A: EXISTENCIA DE POBLACIÓN EN CONTROL:

##### POBLACIÓN EN CONTROL:

Personas en control con Médico, Enfermera/o, Kinesiólogo/a o Nutricionista, según grupo de edad, sexo, problema de salud o condición, a la fecha de corte y 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.

<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Fuente: "Orientaciones Técnicas para el Seguimiento del Recién Nacido menor de 1.500 gramos o menos de 32 semanas al nacer"

Síndrome Bronquial Obstructiva Recurrente (SBOR): Personas en control por 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, que se presenta en niños menores de 10 años.

Asma Bronquial: Personas en control por enfermedad pulmonar que se produce por una inflamación bronquial que genera la obstrucción de la vía aérea total o parcial, además de una hiperreactividad bronquial o respuesta aumentada de la vía aérea frente a diversos estímulos.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): Personas en control por enfermedad que afecta a los bronquios y pulmones del individuo y se caracteriza por una limitación del flujo del aire que no es completamente reversible, además de ser progresiva en el tiempo, presente en personas de 35 años y más.

Prematuro Menor 1500 Grs. y Menor De 32 Semanas: Personas en control por condición prematura para prolongar sobrevivida, evitar complicaciones, y prevenciones.

Oxígeno Dependiente \_\_\_\_\_: Personas en control por dependencia de oxígeno.

Fibrosis Quística: Personas en control por enfermedad hereditaria letal, que genera espesamiento de las secreciones, afectando órganos principales como órganos afectados el pulmón, páncreas, hígado, la piel, el aparato reproductor masculino y otros.

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

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

Artrosis De Cadera Y Rodilla: Personas en control por enfermedad articular situada en caderas o rodillas.

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

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

---

División de Salud de las Personas, Programa de Salud del Niño, Comisión Nacional de Policlínico de Seguimiento de Prematuros, MINSAL, año 2000.

Dependencia Moderada: Personas que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multidéficit, 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 multidéficit, 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 multidéficit, en control, que en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 20 y 35 puntos, **no padecen** alguna patología cancerígena.

Dependencia Severa Con Escaras (\*): Personas que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multidéficit, 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 cartilaginosas.

#### 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 Con Dependencia Severa: Personas en control en Programa de Atención por Dependencia Severa, por dependencia Severa.

Dependencia Severa Con Escaras: Personas en control en Programa de Atención por Dependencia Severa, por dependencia Severa tanto Oncológica como No Oncológica, y que además presentan escaras.

#### SECCION B: INGRESOS DEL SEMESTRE.

Personas que ingresan por primera vez a programas, a la fecha de corte, por las distintas patologías, se registra cada enfermedad que padece el paciente.

#### SECCION C: EGRESOS DEL SEMESTRE.

Personas que egresan del programa, por abandono, fallecimiento. Se debe consignar todas las patologías que presentaba la persona.

#### SECCIÓN D: CUIDADORES DE PACIENTES POR DEPENDENCIA SEVERA.

Personas Encargadas: Personas responsables de entregar cuidados, protección y prevención a pacientes que presentan discapacidad y/o deterioro crónico de su estado.

Total de cuidadores: Personas que cuidan pacientes en condición de dependencia severa.

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 de cuidadores del programa: Personas encargadas de entregar cuidados a pacientes en condición de Dependencia Severa y que son beneficiarios de Programa Atención Domiciliaria.

Capacitados por el Programa: Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para asumir los cuidados integrales a personas con dependencia severa.

Que reciben estipendio: Pago a cuidadores, concebido como asignación monetaria dirigida a Cuidadores y que cumplan con los criterios de inclusión y compromisos adquiridos.

SECCIÓN D: POBLACIÓN EN CONTROL EN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR EN SALA IRA-ERA.

REHABILITACIÓN PULMONAR: Entrenamiento para mejorar la capacidad pulmonar y por volúmenes respiratorios que se ven alterados en patologías crónicas como EPOC, los objetivos de esta actividad apuntan a:

- Reducir síntomas (disnea) y mejorar tolerancia al ejercicio.
- Incrementar la participación física y social de las personas ingresadas al programa.
- Mejorar la autovalencia y el desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD).
- Reducir la utilización de recursos sanitarios, disminuyendo consultas de urgencia y hospitalizaciones por causas respiratorias.
- Sus componentes son principalmente Educación y Entrenamiento físico.



### III.- DEFINICIONES DE VARIABLES OPERACIONALES REM-P3.

- **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 registrarán 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 (fila 26): 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 (fila 27): 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 (fila 26)

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

- **Sección B:** Corresponde al número de pacientes que ingresan por primera vez a control en cada una de las patologías de seguimiento descritas en el REM.
- **Sección C:** Corresponde al número de pacientes que dejan de controlarse por las patologías señaladas en el REM. Las causales del egreso pueden ser por, fallecimiento, abandono de tratamiento, causales que deben registrarse.
- **Sección D:** Corresponde al número total de personas cuidadoras de pacientes con dependencia severa. Además del total de personas cuidadoras se debe registrar los cuidadores de pacientes que son beneficiarios del Programa de Atención Domiciliaria

por Discapacidad Severa, registrar aquellos que perteneciendo al programa recibieron capacitación, y del total de cuidadores del programa, los que reciben estipendio.

- **Sección E:** Corresponde al número de personas que están en el programa de Rehabilitación Pulmonar en salas IRA-ERA, por grupo etario y sexo.

## RESUMEN ESTADISTICO REM-P4

### POBLACION EN CONTROL - PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-P4:

SECCIÓN A: PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)

SECCIÓN B: METAS DE COMPENSACIÓN

SECCIÓN C: VARIABLES DE SEGUIMIENTO DEL PSCV

#### II. DEFINICIONES DE VARIABLES NOMINALES REM-P4.

##### SECCIÓN A: NÚMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PSCV:

Corresponde al número de personas que se encuentran en control en el PSCV con Médico, 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.<sup>3</sup>

##### 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.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

## PERSONAS BAJO EN CONTROL SEGÚN PATOLOGÍAS Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA):

Corresponde al número de personas en control en el Programa de Salud Cardiovascular, diagnosticados como Hipertensos, Diabéticos, Dislipidémicos<sup>5</sup>, 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 registrarán en cada una de ellas.

## DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC):

### DETECCIÓN 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:

A.- examen de orina normal (sin proteínas: macro o microalbuminuria) u otras alteraciones que indican daño renal (ej. cilindros) y

B.-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 FILTRACIÓN GLOMERULAR (VFG)<sup>6</sup>, la que se calcula de acuerdo el resultado de Creatinina entregado por el laboratorio, y según operaciones matemáticas:

A.- Informada por el laboratorio: \_\_\_\_\_ml/min x 1.73 m<sup>2</sup> (según resultado de la creatinina)

B.- Cálculo fórmula Cockcroft-Gault:

(140-edad) x peso = \_\_\_\_\_ ml/min x 1.73 m<sup>2</sup> Creatinina x 72

---

<sup>5</sup> Fuentes:

"Manejo Alimentario del Adulto con Sobrepeso y Obesidad" MNSAL, OPS, Mayo 2002.

"La Cesación del Consumo del Tabaco" MINSAL, OPS, Octubre 2003.

<sup>6</sup> Fuentes:

"Formulario Detección Enfermedad Renal Crónica", MINSAL, Enero 2011.

Si es mujer resultado por 0.85 = \_\_\_\_\_ ml/min x 1.73 m<sup>2</sup>

C.- Uso de calculadora electrónica: \_\_\_\_\_ ml/min x 1.73 m<sup>2</sup>

(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.)

## SECCION B: METAS DE COMPENSACIÓN

### PERSONAS BAJO CONTROL POR HIPERTENSIÓN:

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<sup>7</sup>, 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:

---

#### <sup>7</sup> Fuentes:

"Manual para Educadores en Diabetes Mellitus", MINSAL, OPS, OMS, Septiembre 2007.

"Educación en Diabetes", Cuidados básicos para vivir mejor. Programa de Salud del Adulto, Departamento Programa de las Personas, División de Programas de salud, MINSAL.

"Programa Prevención de la Diabetes". Programa Modificado por el Programa de Salud Cardiovascular, MINSAL, Noviembre 2006.

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 ÁCIDO ACETILSALICÍLICO:

Corresponde al número de personas que tienen tratamiento de ácido acetil salicílico (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 período post-evento cardiovascular para disminuir significativamente la morbimortalidad, independientemente de los niveles de colesterol iniciales (tipo de estatinas: simvastatina, pravastatina, lovastatina, atorvastatina, otros).

#### SECCIÓN C: VARIABLES DE SEGUIMIENTO DEL PSCV

Corresponde al número de personas del PSCV que se encuentran en control según las variables de seguimiento.

#### VARIABLES DE PERSONAS DIABÉTICAS EN PSCV:

#### PACIENTES DIABÉTICOS EN TRATAMIENTO CON INSULINA:

Corresponde al número de personas en control, con Diabetes Mellitus, que se encuentran en tratamiento con insulina.

#### PACIENTES DIABÉTICOS CON FONDO DE OJOS Y MÁS DE 6 MESES EN PSCV:

Corresponde al número de personas en control, con Diabetes Mellitus, que llevan más de 6 meses en el programa CV, que a la fecha de corte se han realizado fondo de ojos.<sup>8</sup>

#### PACIENTES DIABÉTICOS 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%.

#### PACIENTES DIABÉTICOS CON EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO:

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.<sup>9</sup>

#### PACIENTES DIABÉTICOS CON ÚLCERAS ACTIVAS DE PIE TRATADOS CON CURACIÓN 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, o sea no curación avanzada.

#### PACIENTES DIABÉTICOS CON ÚLCERAS ACTIVAS DE PIE TRATADOS CON CURACIÓN 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.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Fuente:

GES – AUGE "Guía Clínica Retinopatía Diabética" Revisión de División de Prevención y Control de Enfermedades, MINSAL, Junio 2006.

<sup>9</sup> 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".

<sup>10</sup> 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.

PACIENTES DIABÉTICOS CON EVALUACIÓN, EN LOS ÚLTIMOS 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.

**III.- DEFINICIONES DE VARIABLES OPERACIONALES REM-P4**

- **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.

- **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 Acido 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).



- **SECCIÓN C:** 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 fondo de ojo y menos de 6 meses en PSCV, 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.

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 Informático, no debe ser superior al número de personas en control con Diabetes Mellitus.

## RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P5

### POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-P5

SECCION A: POBLACIÓN EN CONTROL POR CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD

SECCION B: POBLACIÓN BAJO CONTROL POR ESTADO NUTRICIONAL

SECCION C: ADULTOS MAYORES CON SOSPECHA DE MALTRATO

SECCION D: ADULTOS MAYORES EN ACTIVIDAD FÍSICA

SECCION E: POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-P5

SECCION A: POBLACIÓN EN CONTROL POR CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD

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), índice de Barthel o índice Katz\*, 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.

(\*) Nota: el instrumento de evaluación denominado Índice de Katz, será sustituido por el instrumento de evaluación Índice de Barthel, en el transcurso del año 2012.

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 o Katz.

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 autoreconocen con pueblo indígena u originario, que se encuentran en control por el Programa del Adulto Mayor.

#### SECCION B: POBLACION EN CONTROL POR ESTADO NUTRICIONAL

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 autoreconocen con pueblo indígena u originario, que se encuentran en control por el Programa del Adulto Mayor.

#### SECCION C: ADULTOS MAYORES CON SOSPECHA DE MALTRATO

Corresponde a los adultos mayores que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, que han sido detectados con sospecha de maltrato.

#### SECCION D: ADULTOS MAYORES EN ACTIVIDAD FÍSICA

Corresponde a los adultos mayores que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, y que realizan actividad física.

#### SECCION E: POBLACION DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

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.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-P5

- **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 autoreconocen con un pueblo originario.

El total de la población en control por condición de funcionalidad (con EFAM, Índice de Barthel o Índice de Katz) 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.

Los adultos mayores que tengan al momento del registro estadístico clasificación de Dependencia Severa, según Índice de Katz, para efecto de registro deberán ser considerados como adultos mayores Dependientes Grave. Esta homologación será mientras exista población adulto mayor evaluada con Índice de Katz y otra población con Índice de Barthel.

Las personas registradas en Pueblos Originarios deben estar contenidas en los registros según edad, sexo y por su respectiva condición de funcionalidad.

- **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 autoreconocen 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.

- **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.
- **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.
- **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.

## RESUMEN ESTADÍSTICO REM-P6

### POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDAD

#### I. ESTRUCTURA DEL REM-P6

SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL AL CORTE

SECCIÓN B: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN (PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICO)

#### II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-P6

SECCIÓN A: 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.

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 autoreconocen con pueblo indígena u originario, que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

## SECCIÓN B: 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.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-P6

- **Sección A:** 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 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 64 y 65 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 B:** 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 (menores de 10, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 64 y 65 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.

#### **I. ESTRUCTURA DEL REM-P7**

SECCIÓN A. CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS (SECTOR URBANO)

SECCIÓN B. INTERVENCIÓN EN FAMILIAS (SECTOR URBANO)

SECCIÓN C: INTERVENCIÓN EN FAMILIAS SECTOR RURAL

#### **II. DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES DE REM-P.07**

SECCIÓN A. CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR

Nº de Familias Inscritas: Corresponde al número total de familias inscritas por sector geográfico o adscritas al equipo de cabecera por sector, según modalidad de sectorización, a la fecha de corte.

Nº de Familias Evaluadas: 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.

Nº 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.

SECCIÓN B. INTERVENCIÓN EN FAMILIAS SECTOR URBANO

CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS POR SECTOR

Nº de familias evaluadas en el semestre: Corresponde al número de familias por sector, evaluadas en el semestre a la fecha del corte.

Nº 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.

Nº 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.

## SECCIÓN C. INTERVENCIÓN DE FAMILIAS SECTOR RURAL

### CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS POR SECTOR

Nº 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.

Nº 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.

### III. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-P.07

- **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:** 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:** 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 MENSUAL REM-P8

### POBLACIÓN EN CONTROL REHABILITACIÓN FÍSICA

#### I.-ESTRUCTURA DEL REM P8:

SECCIÓN A: EXISTENCIA DE POBLACIÓN EN CONTROL

#### II.- DEFINICION NOMINAL DE VARIABLES REM-P8

##### POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN FÍSICA:

Corresponde al número de personas en tratamiento y control con Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, Fonoaudiólogo y/o Psicólogo, por problemas de salud que requieren rehabilitación física, por grupo de edad y sexo, con una citación para estos profesionales, hasta 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 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 o por 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.

**Pacientes 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.

##### **DIAGNOSTICOS DE REHABILITACIÓN FÍSICA:**

- Síndrome Doloroso de Origen Traumático
- Síndrome Doloroso De Origen No Traumático
- Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera
- Secuela de 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\*

\*Corresponden a aquellas patologías no descritas anteriormente.

### III.-DEFINICIONES OPERACIONALES VARIABLES REM-P8

- **Sección A:** corresponde al número de personas en control, por Rehabilitación física, en una o más patologías o condiciones (Síndrome Doloroso de Origen Traumático, Síndrome Doloroso De Origen No Traumático, Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera, Secuela de 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 cogn compromiso neuromuscular en menor de 20 años adquirido, Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en mayor de 20 años, Otros)

**NOTA:** Si una persona presenta más de un problema de salud, se deberán registrar en todos los que correspondan.

## RESUMEN ESTADISTICO REM-P11

### POBLACION EN CONTROL PROGRAMA DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL – VIH/SIDA

#### I.-ESTRUCTURA DEL REM P11:

SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL DEL PROGRAMA INFECCION POR TRANSMISION SEXUAL

SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL DE VIH/SIDA

SECCIÓN C: POBLACIÓN EN CONTROL POR COMERCIO SEXUAL

#### II.-DEFINICIONES DE VARIABLES NOMINALES

SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL DEL PROGRAMA INFECCION POR TRANSMISION SEXUAL.

Número de personas con ITS: 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.

##### Patologías

Personas en control, por grupo de edad y sexo, los cuales presentan infecciones. Si una persona presenta más de una infección de transmisión sexual, se deberán registrar en todas las que correspondan.

- SIFILIS en todas sus formas.
  - GONORREA
  - CONDILOMA
  - HERPES
  - CHLAMYDIAS
  - URETRITIS NO GONOCÓCICA
  - LINFOGRANULOMA
  - CHANCROIDE
- OTRAS ITS: en esta categoría se registran las otras patologías distintas a las explicitadas.

SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL DEL PROGRAMA VIH/SIDA

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

Número de personas con VIH/SIDA con TARV: Pacientes en el programa que reciben tratamiento antiretroviral 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 antiretroviral y han asistido a control, al menos una vez durante los últimos doce meses.

SECCIÓN C: POBLACIÓN EN CONTROL POR COMERCIO SEXUAL

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

### **III.-DEFINICIONES DE VARIABLES OPERACIONALES REM-P11**

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**, se debe registrar el número de personas que están en el programa de Infecciones de transmisión sexual, en establecimientos que cuentan con Unidades de Atención de ITS, además se deben registrar las patologías que presente la persona, que puede ser más de una. La suma de ITS totales, puede ser igual o mayor al número de personas en control. El registro debe ser por grupo de edad y sexo a la fecha de corte, e indicar cuantos de los pacientes en control son TRANS.

**Esta sección es de exclusivo de establecimientos que poseen unidades de atención ITS.**

- **Sección B**, 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 Antiretroviral (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 C**, 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 autoidentifican como TRANS.

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

## **POBLACIÓN EN CONTROL REM-P12**

### **COBERTURA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y CÁNCER DE MAMA**

#### **I. ESTRUCTURA DEL REM-P12**

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).

#### **II. DEFINICIÓN NOMINAL y OPERACIONAL DE VARIABLES DE REM-P12**

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**

### **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

Debido a que solo existen 3 paramédicos en todo el país, y que 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: Ingresos de personas a educación grupal según área temática y edad (en otras áreas temáticas) 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 contrarreferencia 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.

La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección B.3: Consultorías de Salud Mental e Interconsultas de Enlace.

### **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 que 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, 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.