MINISTERIO DE SALUD – GOBIERNO DE CHILE

Manual Series REM 2015

DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD

Versión 1.0 - 2015

Contenido

GENERALIDADES SOBRE REGISTRO REM 4
RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.01 11
RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.02 25
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.03 28
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.04 45
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.05 56
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.06 80
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.07 94
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.08 108
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.09 121
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.11 136
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.19a 146
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.19b 153
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.21 162
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.23 174
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.24 186
RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.25 191
RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.26 200
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.27 207
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.28 212
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BM.18 233
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BM.18A 240
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BS.0 243
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BS.17 244
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BS.17A 258
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-B.17C 261
RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-B.17D 264
RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-D.15 268
RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-D.16 276

Anexo Nº1 280

Anexo Nº2 282

GENERALIDADES SOBRE REGISTRO REM

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

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

Por lo precedente, cada establecimiento de salud posee código DEIS asignado de acuerdo a la estructura señalada por Ordinario Nº 358 Y Decreto 820 del 25 de Marzo 2014, dicho código debe ser solicitado por los Servicios de Salud con el envío de resolución exenta la cual señala la instalación del establecimiento, especificando Nombre, Comuna, dirección y dependencia.

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

Son establecimientos de salud los definidos por DFL 1: Consultorios Generales urbano, Consultorio general Rural, Hospitales de Alta, Mediana y Baja complejidad, Centro de Referencia de Salud, Centros de Diagnóstico Terapéutico, Direcciones de Salud y establecimientos Privados. Todos con códigos de establecimientos independientes. Cambia con nueva estrategia?

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

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

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

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

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

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

Para este código se informa:

SERIE A: para efectos de estadísticas de producción.

SERIE BS: para efectos de producción y facturación.

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

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

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

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

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

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

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

Compras de servicio a externos en 17D.

3. INFORMACIÓN A REGISTRAR EN PRAIS (011).

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

Los PRAIS que dependan de un establecimiento base debe confeccionar sólo SERIE A. Las orientaciones de registro de producción de actividades que estos equipos realizan, se pueden visualizar dentro del Anexo Nº2

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

4. INFORMACIÓN A REGISTRAR EN ESTABLECIMIENTO CLÍNICA DENTAL MÓVIL O UNIDAD DENTAL MÓVIL

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

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

Este establecimiento debe confeccionar sólo SERIE A.

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

5. INFORMACIÓN DE CENTROS DE SALUD FUNCIONARIOS.

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

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

6. REGISTRO DE ATENCIONES DE EQUIPOS PROFESIONALES MÓVILES.

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

7. COMPRA Y VENTA DE SERVICIOS.

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

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

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

- REM A: Como Producción del establecimiento que vende, la excepción a la regla es el REM A11, que no deben ser incluidas las actividades que son vendidas a otros establecimientos de salud de la red.
- Serie BS 17,
- Serie BM 18:

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

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

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

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

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

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

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

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

9. REGISTROS DE ESTRATEGIAS COMUNALES.

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

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

10. REGISTRO DE ATENCIONES DE SAPUDENT.

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

A continuación, los establecimientos que deben realizar este registro.

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

11. REGISTRO DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS EVALUATIVO EN OTRA ACTIVIDAD.

- En el caso de realizar visitas domiciliarias integrales y aplicar, por ejemplo , EEDP o TEPSI, cuando el profesional porte los elementos de apoyo para realizarla, se deberá registrar tanto la visita domiciliaria integral como el resultado de la evaluación

- Aplicación de EMP en una Consulta de morbilidad que además: desde que tenemos registros informáticos, se consolida para registros REM, las consultas de morbilidad y los EMP realizados en forma separada.

REM 2015

SERIE A

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.01
CONTROLES DE SALUD

ESTRUCTURA REM-A.01

Sección A: Controles De Salud Sexual Y Reproductiva.

Sección B: Controles De Salud Según Ciclo Vital.

Sección C: Controles Según Problema De Salud.

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

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

Sección E Controles De Salud En Establecimiento Educacional.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.01

SECCIÓN A: CONTROLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

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

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

Control Prenatal: Es la atención integral sistemática, periódica y preventiva, con enfoque biopsicosocial que se otorga a la embarazada en establecimientos con nivel primario de atención, otorgada por Médico o Matrón (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 Matrón (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 Matrón (a) en establecimientos con nivel primario de atención, en el cual se evalúa el estado de salud de ambos, la lactancia materna, las condiciones familiares para la evolución de la maternidad – paternidad, el apoyo para el cuidado de la madre y del niño o niña, y el ajuste inicial entre la madre y el niño o niña.

Control de puérpera y recién nacido entre 11 y 28 días: 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. 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, la lactancia materna, 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.

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

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

Control de Regulación de Fecundidad: Es la atención integral otorgada por Médico o Matrón (a) en establecimientos con nivel primario de atención, proporcionada en forma oportuna y confidencial a la mujer en edad fértil y/o a hombres que deseen utilizar un método de regulación de fecundidad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN B: CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Control de Salud según Ciclo Vital: Atención sistemática, periódica y preventiva otorgada en establecimientos con nivel primario de atención de salud, con el objeto de vigilar el normal crecimiento y desarrollo de niños y niñas, los riesgos físicos y sociales presentes durante el ciclo vital, que afectan la salud y bienestar de las personas, entregando acciones de fomento y protección de la salud, y de esta forma mejorar la calidad de vida de los individuos.

Los controles de salud entregados a niños y niñas de 0 a 9 años, deben ser efectuados por un profesional médico, enfermera o matrona, según corresponda al rango etario, definido en la Norma Administrativa y Norma Técnica del Programa Nacional de Salud de la Infancia, a saber:

Rango etario	Profesional
Menor de 1 mes	MÉDICO ENFERMERA /O MATRONA /ÓN
1 mes	MÉDICO ENFERMERA /O
2 meses	MÉDICO ENFERMERA /O
3 meses	MÉDICO ENFERMERA /O
4 meses	MÉDICO ENFERMERA /O
5 meses	MÉDICO ENFERMERA /O
6 meses	MÉDICO ENFERMERA /O
7 - 11 meses	MÉDICO ENFERMERA /O
12 a 17 meses	MÉDICO ENFERMERA /O TÉCNICO PARAMÉDICO
18 - 23 meses	MÉDICO ENFERMERA /O TÉCNICO PARAMÉDICO
24 - 47 meses	MÉDICO ENFERMERA /O TÉCNICO PARAMÉDICO
48 - 59 meses	MÉDICO ENFERMERA /O TÉCNICO PARAMÉDICO
60 - 71 meses	MÉDICO ENFERMERA /O TÉCNICO PARAMÉDICO
6 - 9 años	MÉDICO ENFERMERA /O TÉCNICO PARAMÉDICO
10 Años en Adelante	MÉDICO ENFERMERA /O MATRONA /ÓN

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. Es imporante mencionar que la evaluación de este profesional, es para centros alejados en los cuales la intervencion de médicos o enfermeras es escaso. (Los controles de salud vital 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. justificar el argumento de este registro en la hoja "Control" de la Serie A.)

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

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

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

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

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

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

SECCIÓN C: CONTROLES SEGÚN PROBLEMA DE SALUD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

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

Control según Problema de Salud, Tuberculosis (TBC): Corresponde a la atención de seguimiento y tratamiento al paciente con tuberculosis otorgada en forma sistemática y periódica, otorgada

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

Control de seguimiento a personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia: se entiende como aquella atención entregada por un/una profesional médico o enfermera(o) en la que se evalúa el impacto en el tiempo de las acciones terapéuticas definidas en el plan de atención y eventualmente, define en conjunto con la persona en situación de fragilidad y/o la familia, ajustes en lo planificado para obtener los objetivos terapéuticos acordados.

Para ello se requiere la aplicación del EFAM y la evaluación de la condición de riesgo pesquisada.

Ejecutor: Profesional del equipo de salud, preferentemente el/la profesional que realizó el EMPAM: Médico, Enfermera.

Periodicidad: con anterioridad a los seis meses de realizado el EMPAM.

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.

Niños y adolescentes con necesidades especiales de atención de salud.de baja complejidad. :Se denomina a los niños y niñas con "Necesidades especiales de atención" (NANEAS), aquellos que por su condición actual de salud requieren un número mayor de tiempo de duración en la atención, mayor frecuencia de los controles y un fuerte componente de apoyo a la familia y vinculación de las redes de apoyo y recursos comunitarios locales[1] .

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

NANEAS de baja complejidad

Son aquellos que tienen máximo dos necesidades en categoría mayor, a excepción de que tenga categoría mayor en las necesidades 3 o 4. Este grupo debiera mantenerse en seguimiento en APS y corresponderá a niños y niñas que se encuentran estables y cuya familia cuenta con herramientas que le permiten ser autovalentes en el cuidado de su hijo o hija. El énfasis está dado en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de intercurrencias o agravamiento de su situación de base, evitando complicaciones y secuelas por diagnósticos tardíos. Los niños y niñas con necesidades especiales pueden ser atendidos por un equipo de salud de APS capacitado, el que tiene un rol privilegiado por la posibilidad de seguimiento, enfoque biopsicosocial, cercanía al domicilio y posibilidad de desarrollar un trabajo con la red comunal.

NANEAS de mediana complejidad

Son aquellos que tienen 3 o más necesidades en categoría mayor o necesidad en categoría mayor de las necesidades 3 y/o 4. En general, corresponderá a niños y niñas que se encuentran estables de su condición de salud, pero para realizar actividades de la vida diaria o para recuperar áreas dañadas, necesitan de cuidados permanentes complejos o de alta frecuencia. El cuidado de este grupo requiere un equipo especializado, multidisciplinario para resolver las necesidades complejas. De acuerdo al sistema de salud, ese grupo interdisciplinario puede estar ubicado en el nivel secundario en un Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) o insertos en los Centros de Referencia de Salud (CRS).

NANEAS de alta complejidad

Son aquellos con fragilidad médica, con limitaciones funcionales severas y permanentes, que presentan todas las necesidades en categoría mayor o que en forma transitoria requieren de hospitalización por descompensaciones, por lo que en ese periodo deben ser cuidados en la atención terciaria, sean éstos en centros neonatales o pediátricos. Para todos ellos, es deseable evaluar el nivel de necesidades en forma periódica por la eventualidad de que el nivel de complejidad cambie, lo que repercutirá en el lugar de la red donde debe ser atendido. En el menor de 2 años, se recomienda una evaluación semestral y en niños y niñas mayores, en forma anual.

Tabla Nº 1. Atención Control de niños y niñas con requerimiento de necesidades especiales[2]

Prestación	Cobertura	Concentración	Rendimiento	Recurso humano
Control de salud **Integral al Ingreso** en APS (baja complejidad)	100%	Observado a nivel local	1 por hora	Hora dupla (médico con enfermera/o)
Consulta nutricional de Ingreso	100%	Observado al	3 x hora	Nutricionista

[2] Norma Administrativa Programa Nacional de Salud de la Infancia, Minsal 2013, pág 52-53

		nivel local		
Menor de 2 años: Semestral				
1 meses	100%	1	2 x hora	Médico
2 meses	100%	1	2 x hora	Enfermera/o
3 meses	100%	1	2 x hora	Médico
4 meses	100%	1	2 x hora	Enfermera/o
6,12,18 meses	100%	1	2 x hora	Médico
Mayor de 2 años: Anual	100%	1	2 x hora	Médico
Control mantención y seguimiento	100%	Observado a nivel local	2 x hora	Médico y/o enfermera/o

Tabla Nº 2. Clasificación de las Necesidades Especiales[3]

Necesidades especiales		Definiciones	Necesidad Menor	Necesidad Mayor
1	Necesidad de atención de especialistas pediátricos, incluidos aquellos del área de la salud mental	Seguimiento continuo o que se estima necesitará seguimiento por especialista pediátrico por más de 12 meses y más de una vez al año.	≤ 3 especialistas pediátricos o del área de la salud mental.	≥ 4 especialistas pediátricos o del área de la salud mental.
2	Necesidad de medicamentos de uso crónico	Uno o más medicamentos, suplementos o vitaminas de medicina alópata, y por un	≤ 4 medicamentos de uso prolongado que no requieran ser administrados endovenosos o	≥ 5 o más medicamentos de uso prolongado o terapia que requiera ser administrada

[3] Clasificación recomendada por Comité NINEAS Sociedad Chilena de Pediatría.

		tiempo > a 12 meses o que se estima durará más de 12 meses	intrahospitalariamente	endovenosa o intrahospitalariamente
3	Necesidad de alimentación especial para vivir	Tipo de alimento especial para vivir, ejemplos: a) Fórmulas enterales: Poliméricas, modulares, fórmulas elementales (hidrolizadas), semi-elementales o fórmulas especiales para enfermedades metabólicas. b) Preparados de Nutrición Parenteral.	No necesita alimentación especial para vivir o necesita fórmulas especiales enterales (independiente de su vía de administración: boca, sonda o gastrostomía)	Necesita nutrición parenteral parcial o total (continua o ciclada)
4	Necesidad de tecnología para vivir	Cualquier dispositivo o adaptación necesaria para vivir o mejorar la calidad de vida. Ej: monitor cardiorrespiratorio, sondas, ostomías, oxigenoterapia, equipos para ventilación asistida, marcapasos, diálisis y elementos ortopédicos.	No necesita dispositivos ni tecnología o necesita elementos ortopédicos de cualquier tipo, monitoreo no invasivo, usuario de sondas y ostomías, válvulas derivativas, oxigenoterapia, sin necesidad de ventilación asistida.	Necesita ventilación asistida (invasiva o no invasiva) con o sin sondas u ostomías, diálisis crónica, marcapasos
5	Necesidad de rehabilitación por situación de discapacidad	Necesidad de terapia kinésica, fonoaudiológica, terapia ocupacional y/o psicopedagogía	Transitoria (<12 meses) o permanente, pero con necesidad de máximo 2 sesiones semanales, o que sus terapias son cubiertas por su jornada escolar, independiente de la frecuencia.	Permanente (duración mayor a 12 meses) y con necesidad de terapia muy frecuente (≥tres sesiones de terapia a la semana)
6	Necesidades educativas especiales	Asistencia a escuela especial, escuela hospitalaria, o necesidad de	Necesidad de asistencia a escuela especial, o con necesidad de	Necesidad de asistencia a escuela hospitalaria por un periodo que supera a

		adaptaciones curriculares.	adaptaciones curriculares	la hospitalización.

-

Controles preventivos en niños con antecedentes familiares de patologías de salud cardiovasculardе Salud Cardiovascular en menores de 10 años: Es la atención ambulatoria entregada por médico a niños y niñas de 3 a 9 años, con fines de recuperación de la salud motivada por diagnóstico de **Pre-hipertensión arterial** (tras tres tomas de presión arterial), incorporando contenidos de promoción y prevención. En los casos de Hipertensión etapa 1 (diagnosticado tras 3 tomas) se deberá derivar a cardiólogo o nefrólogo pediátrico, mientras que los casos detectados con **Hipertensión etapa 2** deberán ser atendidos en urgencia para tratamiento inmediato[4].

Conductas a seguir según percentil de presión encontrado (luego de las tres tomas consecutivas en caso de sospecha de pre-hipertensión o hipertensión etapa 1).

Estado	Percentil en presión arterial	Acciones a seguir
Normal	<p90	- Seguir conducto regular, tomar la presión en cada control de salud a partir de los tres años.
Pre-hipertensión	>p90 a <p95	- Citar para tres tomas de presión en semanas consecutivas. - En caso que al final de las 3 tomas persista el diagnóstico, indicar medidas generales y volver a chequear en seis meses.
Hipertensión etapa 1	>p95 a <p99+ 5mmHg	- Citar para tres tomas de presión en semanas consecutivas. - En caso que al final de las 3 tomas persista el diagnóstico, indicar medidas generales y derivar al cardiólogo o nefrólogo pediátrico para su evaluación.
Hipertensión etapa 2	> p 99 +5mmHg	- Derivar a urgencia para tratamiento inmediato.

Incorporar controles en niños con necesidades especiales de baja complejidad. Controles de salud, realizados en APS, a menores con alguna discapacidad en el ámbito cognitivo y que cumplan con la condición de baja complejidad.NANEAS: niños y adolescentes con necesidades especiales de atención de salud.DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

[4] Según Programa Nacional de Salud de la infancia con enfoque integral (MINSAL, 2013) y Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas en la Atención Primaria de Salud (MINSAL, 2014)

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, seguimiento autovalente con Riesgo, seguimiento Riesgo dependencia, de infección de transmisión sexual y de otros problemas de salud.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Se registra el total de controles de adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, según sexo, y lugares efectuados: espacio amigable/diferenciado, otros espacios del establecimiento de salud, establecimientos educacionales y en otros lugares fuera del establecimiento como SENAME o INJUV, financiados a través del Programa de Reforzamiento de APS (Convenio).

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

* Espacio amigable/diferenciado: corresponde a aquellas instalaciones que han sido otorgadas administrativa y financieramente por las municipalidades, y no con el convenio de Espacios Amigables (sección E.1)

SECCION D1: DEFINICIÓN CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES CONVENIO ESPACIO AMIGABLE

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D.1:

Espacio Amigable: se refiere a espacios físicos agradables, atractivos y cercanos a los/las adolescentes, con características que aseguren su accesibilidad, en cuanto a horarios diferidos de atención, tiempos de espera, gratuidad, respetando la cultura, la diversidad y sin discriminación, facilitando además la participación de adolescentes y su empoderamiento. Con profesionales que tengan competencias para la atención de esta población.

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D.1:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

El control de salud escolar tiene como objetivo mejorar el acceso a actividades promocionales, preventivas y de pesquisa de los factores de riesgos en salud más prevalentes en la población de 5 a 9 años en base a controles de salud realizados en el establecimiento educacional. Este control puede ser efectuado de manera individual o grupal, dependiendo de la coordinación local.

Si el control es efectuado en ausencia de la madre, padre o cuidador principal:

- Se requiere consentimiento informado firmado, en el que el tutor acepte explícitamente que acepta que se realice control de salud a su hijo o hija en establecimiento educacional, si no se cuenta con éste, **el control no se puede realizar**.
- No se debe realizar ni permitir la evaluación de los grados de Tanner en ausencia de la madre, padre o cuidador principal.

- Se deberá contar con cuestionarios respondidos por tutor, enviado previamente al control de salud y en conjunto con el consentimiento informado que recolectan información respecto al estado de salud del niño o la niña:
    - Cuestionario de Salud Infantil.
    - Screening de Salud Mental.
    - Pauta de evaluación bucodental.

En caso de que el control sea realizado en establecimiento educacional en presencia de la madre, padre o cuidador principal se podrá realizar la evaluación de grados Tanner, siempre y cuando el niño o la niña y su cuidador acepten que se realice dicha evaluación. Respecto a la información recolectada en los cuestionarios de salud, esta podrá ser recolectada directamente, ya sea por la anamnesis o por el examen físico.

Al momento de coordinar la realización del control del salud en el establecimiento educacional, se deberá considerar que se atenderán a todos los niños y niñas del curso (kínder a cuarto básico), independiente de su previsión. En caso que se cuente con el registro de que algunos niños y niñas del establecimiento educacional cuentan con control de salud al día, no será necesario que se realice otro control, en caso de que no se tenga la certeza, el control deberá realizarse.

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

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

Siempre el profesional que realice el control de salud deberá informar al tutor la sospecha diagnóstica de su hijo o hija, y si corresponde las acciones a seguir.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Corresponde a los controles entregados a niños y niñas de kínder a cuarto básico en establecimientos educacionales, los cuales deben desagregarse según si fueron grupales e individuales

Para el caso de los Controles Individuales se debe registrar el total de controles según curso y sexo. A la vez se debe registrar en Sección B "Controles de Salud según Ciclo vital" total de niños controlados según edad, sexo y calidad previsional.

Para el caso de los Controles Grupales se debe registrar en el total de controles grupales realizados según curso, el total de niños y niñas atendidos según sexo y curso. Por ejemplo: Si a un Kínder se realizan 5 controles de salud grupal y cada grupo estaba compuesto por 3 niñas y 1 niño (total de 4 niños/as por control grupal), se debe registrar de la siguiente manera:

Tipo y curso			Total	Total niños y niñas	Sexo	
					Hombre	Mujer
Establecimiento educacional	Controles Grupales	Kínder	5	20	5	15
		Primero Básico				

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.02
EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP) EN MAYORES DE 15 AÑOS

ESTRUCTURA REM-A.02

Sección A: EMP Realizado Por Profesional.

Sección B: EMP Según Resultado Del Estado Nutricional.

Sección C: Resultados De EMP Según Estado De Salud.

Sección D: Resultados De EMP Según Estado De Salud (Exámenes De Laboratorio).

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

SECCIÓN A: DEFINICIÓN EMP REALIZADO POR PROFESIONAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

EMP realizado por profesional: corresponde a la aplicación de acciones de salud garantizadas (Guía Clínica AUGE) 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.

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

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

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

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

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

SECCION B: EMP REALIZADOS SEGÚN RESULTADOS ESTADO NUTRICIONAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

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

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Resultado de EMP según estado de salud: Corresponde a los resultados de cada EMP realizado, según el estado de salud de las personas al momento de aplicar el Examen de Medicina Preventiva. Los resultados se clasifican en:

Tabaquismo: Incluye a los fumadores diarios y ocasionales.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

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

Los resultados de la evaluación de Consumo de Alcohol AUDIT, así como las intervenciones realizadas, deben registrarse en SECCION D1 del REM A03.

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

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

Glicemia Alterada: corresponde a las personas con glicemia venosa en ayunas (tomada en laboratorio) igual o mayor a 100 mg/dl; esta alteración debe confirmarse en un segundo examen.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Se registrará los resultados de los exámenes solicitados en el EMP, clasificados según glicemia alterada y colesterol elevado confirmados a través de un examen de laboratorio, según edad y sexo de las personas atendidas.

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

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

ESTRUCTURA REM-A.03

Sección A: Aplicación De Instrumentos Y Resultados En El Niño/a.

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

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

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

Resultados De Otras Aplicaciones De Escalas En El Niño/a.

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

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

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

Sección A.7: Lactancia Materna En Menores Controlados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección D.3: Resultado Aplicación GHQ12.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.03

SECCIÓN A: APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS Y RESULTADOS EN EL NIÑO/A.

SECCIÓN A.1: APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN EL NIÑO/a.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Pauta Breve: Es una escala cualitativa, que contiene ítems seleccionados del EDDP y permite realizar una rápida detección de alteraciones para cada una de las edades. Esta escala se aplica durante el control de salud infantil y evalúa las áreas de coordinación, lenguaje, social y motor. La Pauta Breve se aplica en las edades: 4 meses, un año y dos años.

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

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

Test de Desarrollo Psicomotor: se refiere a la aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) a niños y niñas de 1 mes a 24 meses y el Test de Evaluación Psicomotor (TEPSI) a menores de 2 a 5 años durante el control de salud infantil, que permite pesquisar a niños y niñas que presenten rezago o déficit (riesgo o retraso) en su desarrollo psicomotriz, con el fin la realización de acciones de recuperación que contribuyan al logro de un desarrollo normal.*

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

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

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

Pauta de Observación de la Relación Vincular: pauta 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 estrés. 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.

Esta pauta será aplicada por profesionales con entrenamiento y certificación (validados) por el Ministerio de Salud.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

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

La aplicación de estas escalas están definida por Norma Administrativa y Norma Técnica del Programa Nacional de Salud Infantil deben efectuarse en Controles de Salud a edades específicas, registrándose en el tramo de edad correspondiente.

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

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

NORMAL: Puntaje global se encuentra dentro del puntaje esperado para la edad (EEDP: Puntaje T y TEPSI Coeficiente de Desarrollo) y el puntaje en cada subtest o área evaluada también se encuentran en la zona "Normal".

NORMAL CON REZAGO: Puntaje global se encuentra dentro del puntaje esperado para la edad, pero el puntaje en alguno de los subtest o áreas evaluadas se encuentran en la zona de "déficit" o "riesgo o retraso", según el test. En esta categoría no se suman los resultados de "Pauta Breve Alterada", ya que estos casos deben ser reevaluados con un Test de Desarrollo Psicomotor dentro de 15 días siguientes.

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

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

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

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

Normal (de Rezago): corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que a la reevaluación obtuvieron puntaje global y en los subtest clasificado dentro de la categoría "Normal" y que en la primera evaluación obtuvieron un puntaje correspondiente a "Normal con Rezago".

Normal (de Riesgo): corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que a la reevaluación obtuvieron puntaje global y en los subtest clasificado dentro de la categoría "Normal" y que en la primera evaluación obtienen un puntaje correspondiente a "Riesgo".

Normal (de Retraso): corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que a la reevaluación obtuvieron puntaje global y en los subtest clasificado dentro de la categoría "Normal" y que en la primera evaluación obtienen un puntaje correspondiente a "Retraso".

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

Riesgo: corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación habían sido identificados con déficit o rezago del DSM y que al ser reevaluados, obtienen un puntaje global "Riesgo".

Retraso: corresponden a los resultados de aquellos niños y niñas que en una primera evaluación habían sido identificados con déficit o rezago del DSM y que al ser reevaluados, obtienen un puntaje global "Retraso".

Derivados a especialidad: Considera aquellos niños y niñas que después de la primera evaluación requieren derivación directa por médico a especialista. También se incluye a los niños y las niñas que en la reevaluación, son detectados en Riesgo y Retraso, y siguen sin recuperarse después de realizada la intervención planificada, se deben diferenciar en riesgo y retraso.

*No deben considerarse como niños recuperados de sus diagnósticos.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2:

Se registran los resultados de las aplicaciones de EEDP o TEPSI clasificados en Primera evaluación o Reevaluación. Los resultados de la "Primera evaluación" se sub-clasifican en Normal, Normal con Rezago, Riesgo y Retraso, y se dividen por edad y sexo. Los resultados de "Reevaluación" se sub-clasifican en; Normal (de rezago), Normal (de riesgo), Normal (de retraso), Normal con Rezago, Riesgo y Retraso y se dividen por edad y sexo.

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

Se registran los niños trasladados a otros establecimientos de salud, según sexo y edad que cumplan con los criterios técnicos establecidos. En estas celdas debe registrar el establecimiento que realiza el traslado administrativo del paciente y NO quien lo recibe.

Consideraciones:

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.

El número total de derivaciones a especialidad debe ser menor o igual que la suma de niños evaluados como retraso primera evaluación y riesgo y/o retraso en reevaluación.

El registro de los resultados de las evaluaciones de niños que son derivados o trasladados no deben ser registrados en las celdas de Reevaluaciones como recuperados del diagnóstico que poseen, la META 1.- Recuperación del Desarrollo Psicomotor de las metas Sanitarias Ley 19.813 pretende medir los niños que se han recuperados por las acciones realizadas en el establecimiento.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.3:

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

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

Normal con Rezago: Corresponde a los niños y niñas derivados a alguna modalidad de estimulación que tras primera evaluación del DSM obtiene un resultado correspondiente a "Normal con Rezago".

Riesgo: Corresponde a niños y niñas derivados a alguna modalidad de estimulación que tras primera evaluación del DSM obtienen un resultado correspondiente a "Riesgo".

Retraso: Corresponde a niños y niñas derivados a alguna modalidad de estimulación que tras primera evaluación del DSM obtienen un resultado correspondiente a "Retraso".

Corresponde a niños y niñas derivados a alguna modalidad de estimulación que tras primera evaluación del DSM obtienen un resultado correspondiente a "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.)

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.3:

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

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

Los niños y niñas con resultado normal con rezago, riesgo y retraso que son derivados y registrados en la sección A3, deben ser igual a la suma de los niños diagnosticados en la primera evaluación con esta condición según edad, y sexo de la sección A2. Se destaca que esta derivación corresponde a niños desde 8 meses en adelante.

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

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

Nota: En el caso que los niños (as) sean derivados a estimulación y por alguna razón NO ingresaron a la sala de estimulación del centro de salud en el mes del informe, ya sea por disponibilidad de agenda, inasistencia del niño (a) a la hora solicitada, no se solicitó hora durante el mismo mes, DEBERÁN ser registrados de igual forma en las secciones de REM A03 correspondientes, y JUSTIFICAR en la hoja "Control", los motivos por los cuales permanecen los mensajes de error en los respectivos REM.

RESULTADOS DE OTRAS APLICACIONES DE ESCALA EN EL NIÑO.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.4:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.4:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.5:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.5:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.6:

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

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.6:

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

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

SECCIÓN A.7: LACTANCIA MATERNA EN MENORES CONTROLADOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.7:

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

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

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

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.7:

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

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

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

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

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.8:

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

El resultado de este tamizaje corresponde a las categorías: Normal y Alterado. Existen dos formas, uno que responden los padres o cuidadores principales y otra que responden los profesores jefes. Se aplica durante los 6-9 años y 10 a 14 años . En el caso que el test lo respondan padres y profesores, sólo se registrará una aplicación por niño/a o adolescente.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.8:

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

En el caso que el test lo respondan padres y profesores, sólo se registrará una aplicación y un resultado por niño/a o adolescente. En caso que la evaluación del test informado por el padre y profesor tengan un puntaje menor a 15 puntos el resultado a registrar será "Normal", en caso que los resultados sean igual o mayor a 15 puntos se registrará como "Alterada" y en caso que una evaluación tenga resultados de "Alterada" y otra "Normal" se consignará como resultado "Alterada".

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.1:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.1:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.2:

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

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

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

Equipo de cabecera: se refiere al equipo de salud multidisciplinario a cargo de la atención integral, personalizada y continua a la población en todas las etapas del Ciclo Vital, con énfasis en aspectos preventivos, de promoción y apoyo con la red social

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.2:

Se registra el número total de aplicaciones de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) realizadas a gestantes.

Aquellas detectadas con factores de riesgo positivos se registraran en la columna Riesgo y las que fueron detectadas con factores de riesgo y derivadas a equipo de cabecera, en la columna siguiente.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.3:

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

La puntuación de esta escala indica para el caso de las Gestantes que un puntaje de 13 o más puntos indica derivación a médico sea primera evaluación o reevaluación. Si en la pregunta 10 el resultado es distinto de 0, se debe tomar el mismo accionar.

En mujeres post parto se aplica el instrumento en el control post parto o aborto y/o control de regulación de fertilidad (2 y 6 meses post parto). Si el resultado es de 10 o más puntos se deriva a médico para diagnóstico. Si en la pregunta 10 el resultado es distinto de 0, se debe tomar el mismo accionar.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓNES B.3 Y:

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

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.1:

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.1:

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

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

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

SECCION D.1: APLICACIÓN DE INSTRUMENTO E INTERVENCIONES BREVES POR PATRON DE CONSUMO ALCOHOL. (PROGRAMA VIDA SANA y OTROS)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D.1:

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

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

Resultados de patrones de consumo de alcohol:

Consumo de Bajo Riesgo:

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

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

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

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

Posible Consumo Perjudicial o dependencia:

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

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

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

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

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

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

La "intervención breve" consiste en un consejo psicoeducativo de recomendación de reducir el consumo de riesgo, determinación de metas para reducir el consumo, y, disposición de estrategias breves y acotadas de gestión del cambio, con el objetivo de disminuir consumos de riesgo o, en algunos casos, apoyar el cese del consumo.

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

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D.1:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D.2:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EVALUACIÓN INGRESO: IVADEC aplicado al ingreso del usuario.

EVALUACIÓN EGRESO: IVADEC aplicado al egreso del usuario.

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

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

Los resultados son como sigue:

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

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

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D.2:

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D.3:

El Cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health Questionaire, GHQ) en su versión simplificada de 12 preguntas GHQ-12 evalúa, en rigor, el estado de salud mental y es capaz de detectar trastornos psiquiátricos menores. Es un cuestionario auto administrado y está dirigido a evaluar la situación actual del examinado. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría. Es importante relevar su uso como un instrumento de tamizaje y no instrumento diagnóstico.

El resultado aplicación GHQ12 en usuarios mayores de 15 años, tiene como resultados posibles:

- Normal: Sin sospecha de trastorno mental
- Alterado: Con sospecha de trastorno mental

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D.3:

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

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.04
CONSULTAS

ESTRUCTURA REM-A.04

Sección A: Consultas Médicas.

Sección B: Consultas De Profesionales No Médicos.

Sección C: Consultas De Anticoncepción De Emergencia.

Sección D: Consultas En Horario Continuado.

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

Sección F: Consulta Abreviada.

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

Sección H: Intervención Individual Del Usuario En Programa Vida Sana

Sección I: Servicios Farmacéuticos.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.04

SECCION A: CONSULTAS MÉDICAS

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Consulta Médica: Es la atención profesional otorgada por el médico, a un paciente en un lugar destinado para esos fines en establecimientos de nivel primario de atención. Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnostica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla, etc.

Las consultas se clasifican en: Infección Respiratoria Aguda (IRA) Alta, Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO), Neumonía, Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Otras Respiratorias, Obstétricas, Ginecológicas, Ginecológica por Infertilidad, Infección de 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 amigdalino - Otitis media aguda – Otitis catarral – Faringootitis – Rinofaringootitis – Otitis Supurada – Mastoiditis.

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

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

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

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

Ginecológica: Atención proporcionada a la mujer en sus distintas etapas de desarrollo (niña, adolescente y adulta) que presenta una patología propiamente tal, o morbilidad dependiente del uso de algún método de paternidad responsable.

Ginecológica por Infertilidad: Atención proporcionada que comprende evaluación, diagnóstico, determinación y ejecución de acciones de acuerdo al diagnóstico, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Se incluyen en ellas aquellas consultas de seguimiento y/o de apoyo diagnóstico.

Infección Transmisión Sexual: Es la atención profesional otorgada por el médico, 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 diagnostico conocido de VIH/SIDA, y que el motivo que origina esta consulta, no está relacionado con infección por VIH.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

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

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

SECCION B: CONSULTAS DE PROFESIONALES NO MEDICOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Es la atención otorgada por un profesional no medico 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 que comprende: evaluación, diagnostico de enfermería, determinación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo al plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Se incluyen en ella aquellas consultas de seguimiento y/o de apoyo diagnóstico para pacientes crónicos y otros.

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

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

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

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

Consulta Nutricionista: Es la atención dietética y dieto terapéutica proporcionada por la (el) profesional Nutricionista, a pacientes que presenten alguna alteración de tipo fisiopatológico o nutricional, para modificar o reforzar su alimentación y nutrición. Se incluyen en ella la atención

Nutricional por patologías referidas a pacientes crónicos, lactancia materna, celiacos, desnutridos, diabéticos y otras (incluyendo entre otras las consultas nutricionales de niño sano).

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

Consulta de Fonoaudiólogo(a): Es la atención otorgada a personas que son derivadas, como producto de la existencia de un proceso mórbido o de la detección y necesidad de evaluación, incluye técnicas y procedimientos propios de su profesión.

Consulta de Kinesiólogo(a) (excluye REM 23 y REM 28): Es la atención proporcionada, en un establecimiento de Atención Primaria, a un paciente que ha sido derivado por profesional Médico en la que el (la) kinesiólogo(a) realiza, antes de iniciar el tratamiento, una evaluación sobre el estado osteomuscular del paciente y confecciona el plan de sesiones que realizara. 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, a un paciente derivado por profesional Médico, con el propósito de apoyar su recuperación o rehabilitación, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.

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

Consulta de tecnólogo Medico por Vicio de Refracción (UAPO): Es la atención individual proporcionada por tecnólogo Medico en la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), a un paciente que es derivado y que presenta alteración oftalmológica por Vicios de Refracción (presbicia, miopía, astigmatismo, hipermetropía). Según Ley 20.470 que modifica el Código Sanitario determinando la competencia de los Tecnólogos Médicos en el área de oftalmología,

este profesional está facultado para detectar, diagnosticar y dar tratamiento a las personas que presenten Vicios de Refracción, incluyendo la prescripción de lentes y fármacos.

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

Consulta de Asistente Social: Es la atención mediante la cual la Asistente Social establece un diagnóstico de la situación socio familiar 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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: se registra la consulta por anticoncepción de emergencia realizada por médico y matrona (ón), según grupo de edad, con y sin entrega de anticonceptivo. Estas deben estar incluidas en las secciones A y B.

SECCIÓN D: CONSULTAS EN HORARIO CONTINUADO (Incluidas en las consultas de morbilidad de sección A y B)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Horario continuado Vespertina, Sábado, Domingo o Festivo: Consiste en otorgar acceso de la población a la atención de salud en horario continuado. La salud conforme señala la Constitución Política de Chile es un bien público garantizado. Mediante el Decreto 1-3063 del Ministerio del Interior del año 1980, mediante el cual se traspasó a los municipios la responsabilidad de la administración de salud de los establecimientos de nivel primario de atención, posteriormente con la promulgación de la ley 19.378 estatutos de atención primaria de salud municipal se establecen las normativas administrativas y financieras que rigen dicho proceso. Conforme lo señalado son las entidades administradoras de salud primaria municipalizada responsables de la atención de salud de la población inscrita en los establecimientos bajo su administración, a ellos les compete garantizar las prestaciones de salud en todos los establecimientos de Atención Primaria, especialmente CGU y CGR conforme los horarios establecidos de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas, facilitando el acceso y la continuidad de la atención de salud de toda la población (controles y consultas y/o tratamientos) con una mejor utilización de su capacidad instalada sin desmedro de la atención de salud. Asimismo al Gestor de la Red le corresponde la supervisión del cumplimiento de las actividades de salud y a la Contraloría General de la Republica la fiscalización e interpretación de la ley.[5]

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D: se registra las consultas realizadas en el establecimiento por médico y otros profesionales, a través del Programa de Extensión Horaria según tipo de jornada, por edad y sexo de los atendidos. También, se registran las consultas de horario continuado realizada a Beneficiarios, estas deben estar incluidas en el Total de las consultas, desglosadas por edad y sexo de los atendidos.

Las consultas registradas en esta sección deben estar incluidas en la secciones A y B respectivamente.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Atención Solicitada: corresponde al número de solicitudes de atención de niño o niña menor de cinco años, adultos mayores (65 y más años) y de Embarazadas, en horario normal o extensión horaria.

[5] INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (IAAPS), Orientación técnica y metodológica de evaluación AÑO 2014

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

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

SECCION F: CONSULTA ABREVIADA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

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

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

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

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

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

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

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

SECCIÓN H: INTERVENCIÓN INDIVIDUAL DEL USUARIO EN PROGRAMA VIDA SANA

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:

Medida de gobierno que pretende fortalecer la intervención en factores de riesgo para Enfermedades No Trasmisibles, relevando a un equipo interdisciplinario cuyo eje son las personas y entornos comunitarios en los que habitan.

El programa busca intervenir a las personas que tienen un elevado riesgo de desarrollar hipertensión arterial y diabetes tipo 2. Se sustenta en largos periodos de tiempo con alzas de presión arterial o intolerancia a la glucosa que precede al desarrollo de la enfermedad.

Esta estrategia contempla como intervención individual 6 meses de intervención continua con controles de seguimiento para el 9no y 12vo mes y actividad física por 12 meses.

los controles serán realizados por tres profesionales: Médicos, Nutricionistas y Psicologos. Cuyo orden de intervenciones es el siguiente:

Médico 1er Control: Es la atención otorgada por el médico a usuarios que cumplen con los criterios de inclusión al Programa Vida Sana Prevención de FR de ENT, para pesquisar patologías y comorbilidades que contraindiquen el ingreso al programa. Esta prestación incluye evaluar en forma integral a la persona, incluyendo anamnesis próxima y remota, actividad física habitual, uso de medicamentos, antecedentes mórbidos familiares, genograma familiar y examen físico completo.

Nutricionista 1er Control: Es la primera evaluación nutricional y atención dietética o dieto terapéutica proporcionada por la (el) profesional Nutricionista al usuario que cumple con los criterios de ingreso al Programa Vida Sana Prevención de Factores de Riesgo de Enfermedades No Trasmisibles. Se espera que en esta primera consulta con nutricionista se evalué el estado nutricional del usuario, y junto con los padres o tutores en el caso de los niños y adolescentes, se evalúen las conductas alimentarias y de actividad física, con un enfoque biopsicosocial, se establezca un plan de alimentación adecuado a sus requerimientos y se establezca un compromiso de participación en el programa.

Nutricionista 2do Control: Es la segunda evaluación nutricional y atención dietética o dieto terapéutica proporcionada por la (el) profesional Nutricionista al usuario del Programa Vida Sana Prevención de Factores de Riesgo de Enfermedades No Trasmisibles. Se espera que en esta consulta se evalúe el cumplimiento del plan de alimentación y metas comprometidas a corto plazo. Según corresponda, se debe ajustar el plan de alimentación y compromisos adquiridos.

Nutricionista 3er Control: Es la tercera evaluación nutricional y atención dietética o dieto terapéutica proporcionada por la (el) profesional Nutricionista al usuario del Programa Vida Sana Prevención de Factores de Riesgo de Enfermedades No Trasmisibles. Se espera que en esta consulta se evalúen los resultados globalmente, las metas comprometidas, reforzar conductas positivas y adherencia.

Nutricionista 4to y 5to Control: Son los controles tardíos de la intervención, donde se debe realizar evaluación nutricional y atención dietética o dieto terapéutica proporcionada por la (el)

profesional Nutricionista al usuario del Programa Vida Sana Prevención de Factores de Riesgo de Enfermedades No Trasmisibles. Se espera que en estas consultas se evalúen los resultados globalmente, las metas comprometidas y reforzar cambios conductuales comprometidos incluido el plan de alimentación consensuado. Pueden realizarse ajustes en caso necesario.

Psicólogo(a) 1er Control: Es la primera atención individual proporcionada por Psicólogo(a), a los usuarios ingresados al Programa Vida Sana Prevención de Factores de Riesgo de Enfermedades No Trasmisibles. Se espera que en esta consulta se identifique el funcionamiento familiar y los factores psicosociales asociados al estado nutricional del usuario y descartar patologías neuropsiquiátricas que contraindiquen el ingreso al programa, a través de una entrevista diagnóstica.

Psicólogo(a) 3er Control: Es la segunda atención individual proporcionada por Psicólogo(a), a los usuarios ingresados al Programa Vida Sana Prevención de Factores de Riesgo de Enfermedades No Trasmisibles. Se espera que en esta consulta se evalúe y se apoye al sistema familiar respecto del cumplimiento de compromisos y en conjunto, fijar nuevas metas conductuales que sean factibles de conseguir.

SECCIÓN I: SERVICIOS FARMACEÚTICOS

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN I:

Sección para el registro de actividades que se realizan tanto en atención abierta como en atención cerrada, que tienen relación con los servicios farmacéuticos. Dentro de ellas se encuentran las notificaciones de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) y la Atención Farmacéutica.

REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS Línea destinada al registro de las notificaciones de sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) enviadas al Instituto de Salud Pública (ISP). Esta acción será llevada a cabo por el encargado de Farmacovigilancia del establecimiento o de parte de los profesionales de la salud de forma espontánea.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA Es la atención profesional otorgada por el Químico Farmacéutico, a un paciente en un lugar destinado para esos fines en cualquier nivel de atención.

Esta prestación incluye seguimiento farmacoterapéutico, detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM), consejería, determinación de plan de acción sistematizado y documentado con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y obtener resultados precisos que mejoren o mantengan la calidad de vida del paciente.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN I:

REPORTE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS: Se registran los reportes realizados y que son efectivamente enviadas al ISP.

ATENCIONES FARMACEUTICAS: Se registra la atención que el Q.F otorga a un paciente, en un establecimiento de APS o Nivel Secundario, para este último hay que diferenciar las actividades realizadas en espacio de Atención Abierto o Cerrada.

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

ESTRUCTURA REM-A.05

Sección A: Ingresos De Gestantes A Programa Prenatal.

Sección B: Ingresos De Gestantes Con Patología De Alto Riesgo Obstétrico A La Unidad De ARO.

Sección C: Ingresos A Regulación De Fertilidad, Según Edad.

Sección D: Ingresos A Control De Climaterio.

Sección E: Ingresos A Control De Salud De Recién Nacidos.

Sección F: Ingresos A Salas De Estimulación En El Centro De Salud.

Sección G: Egresos De Sala De Estimulación Y Resultados De La Reevaluación Post Egreso.

Sección H: Ingresos Al PSCV.

Sección I: Egresos Del PSCV.

Sección J: Ingresos Y Egresos De Pacientes Con Dependencia Leve, Moderada Y Severa.

Sección K: Ingresos Al Programa Del Adulto Mayor Según Condición De Funcionalidad.
Sección L: Egresos Al Programa Del Adulto Mayor Según Condición De Funcionalidad.

Sección M: Egresos Del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes Según Valoración Funcional

Sección N: Ingresos Al Programa De Salud Mental En APS/Especialidad.

Sección O: Egresos Del Programa De Salud Mental Por Altas Clínicas En APS/Especialidad.

Sección P: Ingresos Al Componente De Alcohol Y Drogas En APS.

Sección Q: Egresos Del Componente Alcohol Y Drogas En APS.

Sección R: Programa De Rehabilitación (Personas Con Trastornos Psiquiátricos).

Sección S: Ingresos Y Egresos A Programa Infección Por Transmisión Sexual.

Sección T: Ingresos Y Egresos A Programa De VIH/Sida.

Sección U: Ingresos Y Egresos Por Comercio Sexual.

Sección U: Ingresos Y Egresos Programa Vida Sana.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.05

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

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

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

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

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

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

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

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

Se registra el número total de gestantes con Examen de Chagas realizado, según grupos de edad, este número debe coincidir con columna B:C (Gestantes Que Ingresan A Control Prenatal) de la sección D del REM A11.

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

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

Dispositivos intrauterinos con levonorgestrel (DIU-LNG) además de su efecto anticonceptivo, disminuye significativamente el sangrado uterino.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

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

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

SECCIÓN D: INGRESOS A PROGRAMA CONTROL DE CLIMATERIO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Salas de estimulación: corresponde a un espacio físico implementado en el establecimiento de atención primaria, que puede ser permanente o transitoria, para realizar intervención clínica y psicoeducativa de tipo preventivo y promocional para el desarrollo infantil, proporcionado por un(a) 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 ideo motores, trabajo en sensibilidad materna, buen trato, seguridad, uso de aparatos, lectura dialogada, estimulación adecuada a la edad y a las neurociencias, entre otras.

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

Se clasifican en:

Normal con Rezago: se refiere a los niños(as) que ingresan a sala de estimulación, que obtuvieron como resultado de la evaluación de EEDP o TEPSI la categoría Normal (el promedio total de todas las sub áreas cae en normal), pero que en una de las sub áreas del test presenta la categoría de riesgo o retraso.

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

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

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

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

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

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

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

MOTIVO EGRESO:

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

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

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

Recuperados: son todos los egresos de niños y niñas que cumplieron tratamiento y que al ser reevaluados con test de desarrollo psicomotor, obtienen un puntaje global y de cada sub pruebas/áreas dentro de la Categoría Normal.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: los egresos a salas de estimulación en el centro de salud, según motivo, y resultados de las reevaluaciones de aquellos que cumplieron tratamiento.

SECCIÓN H: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:

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

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

El programa tiene como mirada los Usuarios Fumadores mayores de 55 años, si estos pacientes tienen sólo antecedente tabáquico ingresaran por esa causa. De todas formas consideramos dejarlo abierto para todos los usuarios.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN H:

Sección H: se registra en "Ingresos al PSCV", el número de personas que ingresan al programa cardiovascular, por única vez, independiente que padezca más de un criterio de ingreso y se debe registrar por cada una de ellas, el ingreso administrativo al programa, debe realizarse al contar con todos los resultados de los exámenes aplicados al paciente.

Excepcionalmente los usuarios mayores de 55 años y **sólo** con hábito tabáquico, deben ingresar al programa. Se recomienda coordinarse con el equipo de salud encargado del Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) para aprovechar las competencias de ese equipo en las intervenciones dirigidas a apoyar a las personas en el proceso de dejar el hábito de fumar (http://buenaspracticasaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2009-enfoque-riesgo-CV.pdf)

Si un paciente ha sido incorporado al programa por diagnostico HTA, y años posteriores desarrolla otra patología, no deberá ser ingresado nuevamente al programa, esta información se podrá ver reflejada en el REM P, con la población en control vigente del Establecimiento.

SECCIÓN I: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN I:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN I:

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

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

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

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN J:

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN J:

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

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN K:

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

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

La clasificación según condición de funcionalidad es:

- Autovalente (sin riesgo): se considera aquel adulto mayor Autovalente con puntaje igual o mayor a 46 puntos en la sección B del EFAM.
- Autovalente con riesgo: se considera aquel adulto mayor Autovalente con puntaje igual o menor a 45 puntos en la sección B del EFAM.
- En Riesgo de dependencia: Es aquel adulto mayor que obtiene el puntaje menor o igual a 42 en la sección A del EFAM. A estos adultos mayores se les debe aplicar un seguimiento bajo la modalidad de gestor de caso.
- Dependencia Leve: corresponde al adulto mayor, que al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje mayor o igual a 60 puntos.
- Dependencia Moderada: corresponde al adulto mayor, que al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 40 y 55 puntos.
- Dependencia Grave: corresponde al adulto mayor, que al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 20 y 35 puntos.
- Dependencia Total: corresponde al adulto mayor, que al aplicar el Índice de Barthel, obtiene un puntaje menor a 20 puntos.
- Ingresos a Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes": iniciativa presidencial, contempla la evaluación inicial, para diagnosticar su condición, entregando talleres que tienen duración de la intervención grupal de 3 meses continuos, con una frecuencia de dos sesiones mixtas por semana, para que el adulto mayor incorpore los ejercicios y técnicas experimentadas en los Talleres y logre cambios conductuales.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN K:

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN M:

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

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

Egresos a Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes": Una vez finalizado el programa que contempla 24 sesiones mixtas (o dos sesiones mixtas por semana por tres meses) y cumplan con la participación en al menos 15 sesiones mixtas, estos pacientes podrán ser egresados del programa de Adultos Mayores Más Autovalentes.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN M:

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

SECCIÓN M: EGRESOS DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES SEGÚN VALORACIÓN DE FUNCIONALIDAD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN M:

Luego de terminado el período de intervención del Programa Más adultos Mayores Autovalentes, se realizará un test de valoración de funcionalidad que consiste en aplicar Cuestionario de Funcionalidad (HAQ8 modificado para el programa) los resultados de este test permitirán obtener el diagnóstico:

Mantiene la funcionalidad: es el resultado del Cuestionario que tiene un resultado igual o mayor al obtenido ingreso

Mejoran la funcionalidad: es el resultado del Cuestionario que tiene un resultado menor al obtenido ingreso

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN M:

Corresponde al registro del número de adultos mayores por sexo y grupo etario que egresaron del programa, habiendo terminado el periodo de que contempla el programa y además realizada la evolución de funcionalidad con el cuestionario HAQ8 Modificado para el Programa.

SECCIÓN N: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN N:

Ingresos en establecimientos de atención primaria o atención de especialidad: corresponde a las personas que ingresan por primera vez o reingresan 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. No puede ingresar una persona que ha estado en tratamiento y no ha tenido su egreso correspondiente. Además se debe consignar el número de personas que ingresan por diagnósticos de trastornos mentales, éste indicador es una de las fuentes para el IAAPS en atención Primaria que evalúa la cobertura de tratamiento de los trastornos mentales en mayores de 5 años.

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

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

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

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

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

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

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

MOTIVOS DE INGRESO:

Factores de Riesgo y Condicionantes de la Salud Mental:

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

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

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

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

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

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

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

Consumo bajo riesgo de alcohol: Patrón de consumo de alcohol asociado a menores riesgos agudos y crónicos relacionados con el uso de la sustancia. En términos operacionales puede orientar su evaluación a través del instrumento AUDIT-C, con puntaje de 0-4 puntos para hombres, 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, ASSIST-OMS (puntaje 0 a 10 puntos).

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 puede orientar su 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, la evaluación a través del instrumento AUDIT (completo) con puntaje igual o superior a 8 puntos para hombres y mujeres, ASSIST-OMS (puntaje 11 a 20 puntos).

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. Puede orientar su evaluación el instrumento de tamizaje: ASSIST-OMS (puntaje 4 a 20 puntos).

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

Trastornos del Humor (Afectivos)

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

Trastornos Mentales y del Comportamiento debido a Consumo Sustancias Psicotrópicas

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

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

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

Trastornos de Ansiedad.

Alzheimer y otras demencias.

Trastornos conductuales asociados a Demencia.

Esquizofrenia.

Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Retraso mental.

Trastorno de Personalidad.

Trastorno Generalizados del Desarrollo.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN N:

Sección N: Corresponde al ingreso **por primera vez o reingreso** al programa de Salud Mental, ingresos en establecimientos de APS o Nivel Secundario.

Si una persona presenta más de un factor de riesgo y/o más de una condicionante y/o más de un diagnóstico de trastornos de salud mental, se deberá registrar TODAS las que correspondan en sus respectivas celdas. Pero, tanto en la fila 122 "Ingresos al Programa" como en la Fila 137 "Diagnósticos de Trastornos Mentales", se deberá registrar por número de personas (1 registro=1 persona).

Los datos de la Fila 137 "Diagnósticos de Trastornos Mentales", será utilizado para la medición del Indicador del IAAPS 2015.

El ingreso a depresión se registra por única vez independiente del nivel (leve, moderado 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 O: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL POR ALTAS CLINICAS EN APS/ESPECIALIDAD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN O:

Egreso o Alta: corresponde a las personas que egresan del Programa luego que un profesional responsable del Programa de Salud Mental da término a la modalidad de control de un paciente por cura o mejoría de su estado de salud.

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

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

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

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

Fila 174, Egresos de Trastornos Mentales: Corresponde al número de Personas que egresan del programa, por concepto de alta clínica, independiente si presenta uno o más diagnósticos. Éste dato será utilizado para la medición del Indicador de IAAPS 2015.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN O:

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

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN P:

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

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

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

es bajo. El nivel de riesgo que determina la realización de una intervención preventiva se realiza por medio de la aplicación de los siguientes tamizajes:

Alcohol	menores 18 años	AUDIT (15-18 años) CRAFFT
	18 años o más	AUDIT ASSIST
Drogas	Menores 18 años	CRAFFT
	18 años o más	ASSIST

Las intervenciones preventivas en alcohol y drogas incluyen las intervenciones motivacionales en adolescentes (IMA) y las intervenciones breves (IB) en adultos.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN P:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN Q:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN Q:

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN R:

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

Ingresos: corresponde a las personas que ingresan por primera vez a control al Programa de Rehabilitación de Trastornos Psiquiátricos en el establecimiento, con el fin de recuperar y reforzar capacidades y habilidades para una vida autónoma al interior del hogar, en la comunidad y de reinserción socio-laboral.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN R:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN S:

Ingresos: corresponde a las personas que ingresan al programa en las Unidades de Atención de ITS, para manejo y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (morbilidad). Se consideran ITS las siguientes patologías:

- Sífilis (en todas sus formas, debiendo explicitarse a las gestantes).
- Gonorrea.
- Condiloma.
- Herpes.
- Chlamydias.
- Uretritis no gonocócica.
- Linfogranuloma.
- Chancroide.
- Otras ITS (en esta categoría se registran los ingresos de patologías distintas a las explicitadas).

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

En el caso de personas VIH/SIDA que ingresan para control de alguna de las ITS mencionadas, se considerará ingreso a Programa, independiente de que su patología por VIH se controle en ese u otro establecimiento.

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

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

Transgéneros: "Personas que fueron asignadas un género, generalmente al nacer y en base a sus genitales, pero que sienten que esta es una descripción falsa o incompleta de ellos mismos."[6]

Travestis : individuo utiliza prendas socialmente asignadas al género opuesto, es decir, se identifica mejor con la moda del género opuesto que con la moda del género propio

Transexuales: individuo se identifica, desea vivir y ser aceptado como una persona del sexo opuesto a su género biológico

[6] "USI LGBT Campaign - Transgender Campaign". Consultado el 06-03-2007.

Egresos: corresponde al total de personas que dejan de controlarse, ya sea por alta, fallecimiento o abandono.

Egresos por alta: corresponde a las personas que han sido dadas de alta por la patología que originó la consulta y no requieren controles posteriores por ninguna otra ITS.

Egresos por Abandono: corresponde a las personas que sin haber sido dadas de alta, dejan de acudir a control y abandonan el programa. Para esto se considera la inasistencia consecutiva a tres citaciones.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN S:

Sección S: se registra el número de ingresos al programa, según edad y sexo de las personas atendidas, por tipo de patología.

Si una persona tiene más de una patología, se debe registrar el diagnóstico principal por el que ingresa al programa de ITS.

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

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

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN T:

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

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

Egresos por alta: corresponde a los recién nacidos o lactantes hijos de madres VIH (+) que han sido dados de alta porque han completado estudio diagnóstico y son VIH (-).

Egresos por abandono de controles: NO APLICA

Egresos por Abandono de Tratamiento: NO APLICA

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN T:

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN U: INGRESOS Y EGRESOS POR COMERCIO SEXUAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN U:

Ingresos: corresponde a las personas que ingresan a control de salud sexual, el cual es exclusivo para las personas que ejercen el trabajo o comercio sexual, con el fin prevenir, detectar, diagnosticar y dar tratamiento oportuno de las infecciones de trasmisión sexual.

Egresos: corresponde a las personas que han dejado de asistir al programa por causa de abandono, o fallecimiento.

Inasistentes: Corresponde a las personas que no han asistido a sus citaciones en el mes informado

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN U:

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

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

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

Los egresos por abandono deben estar incluidos en el "total de egresos".

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

SECCIÓN V: PROGRAMA VIDA SANA.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN V:

El programa Vida Sana tiene grupos de edad especiales, definidos por el programa, debido a que en los diferentes tramos etarios hay que cumplir con Objetivos Específicos distintos.

Ingresos Programa Vida Sana: Corresponde a las personas que se les realiza el 1er control (control de ingreso) al Programa Vida Sana Prevención de factores de riesgo de enfermedades no trasmisibles, con el fin de controlar periódicamente la mal nutrición por exceso, mejorar perfil metabólico y la condición física del usuario con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.

Egreso por Alta Programa Vida Sana: Corresponde los usuarios que, durante el mes informado, habiendo cumplido los 12 meses de intervención han sido dado de alta por el programa por no poseer ninguna condición de riesgo para ser intervenidos por el Programa Vida Sana Prevención de factores de riesgo de enfermedades no trasmisibles

Egresos por Abandono Programa Vida Sana: Corresponde los usuarios que, durante el mes informado, han permanecido inasistentes en el programa por más de 30 días sin justificación que amerite su permanencia, efectuándose en dicho período a lo menos tres acciones de rescate.

Egresos por Traslado Programa Vida Sana: 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.

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

ESTRUCTURA REM-A.06

Sección A. Atención Primaria.

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

Sección B. Atención De Especialidades.

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

Sección C. Actividades Comunes En Ambos Tipos De Atención.

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

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.06

SECCION A. ATENCION PRIMARIA

SECCION A.1: CONSULTAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Consulta de Salud Mental: Es la intervención ambulatoria individual realizada por el profesional de salud capacitado o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría. Esta intervención es realizada a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores, o personas con factores de riesgo de desarrollar trastorno mental. Incluye consejería, evaluación diagnostica 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 diagnostico psicológico. Incluye aplicación de test psicológicos, su análisis y elaboración del informe correspondiente. De esta atención debe quedar registro en la

Ficha Clínica del paciente. Tiene un rendimiento variable de 1 a 3 horas dependiendo del test aplicado.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

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

SECCION A.2: CONSULTORIAS DE SALUD MENTAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

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

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

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

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

Casos Revisados: corresponde a los antecedentes clínicos de las personas analizados en la sesión de consultoría de salud mental en conjunto, entre el equipo de salud del establecimiento APS y el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría del nivel de especialidad. Se debe registrar el rango etario de cada uno de los casos revisados presencial o no presencialmente.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2:

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

El número de casos revisados deben ser desagregados por grupos etarios y sexo.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.3:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.3:

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

SECCION B. ATENCION DE ESPECIALIDADES

SECCION B.1: CONSULTAS

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.1:

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

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

Tiene un rendimiento de dos consultas por hora.

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.1:

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.2:

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

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

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.2:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.3:

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

Incluye:

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

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

Para el Programa de Rehabilitación Tipo II, las actividades se realizan en un mínimo de72 horas mensuales distribuidas en al menos 4 días a la semana, con sesiones de un mínimo de cuatro horas y por un periodo máximo de dos años

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.3:

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.4:

Peritaje Psiquiátrico Judicial: Evaluación realizada por profesional del equipo especializado en salud mental y psiquiatría en respuesta al requerimiento de un Juez, para determinar el funcionamiento psíquico de una persona con calidad jurídica de imputada centrándose en los aspectos psíquicos relevantes y su relación con el delito investigado. Se establece diagnóstico, pronóstico, y sugerencia de tratamiento si corresponde. Incluye revisión de expediente sobre la causa que se investiga, entrevista clínica, aplicación de pruebas psicológicas, elaboración de informe pericial, asistencia a juicio oral, entre otras actividades.

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

Examen Preliminar en Drogas a Adolescentes Imputados/Condenados: Actividad de tamizaje realizada en forma ambulatoria por profesional capacitado, a un/a adolescente infractor/a de ley de responsabilidad penal juvenil, en quien se sospecha abuso o dependencia a sustancias ilícita con el fin de descartar o recomendar una evaluación diagnostica a menores. Incluye consulta de salud mental, aplicación de instrumentos de tamizaje y elaboración de informe de acuerdo a formato oficial.

Tiene un rendimiento de 3 exámenes por hora.

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

Examen Mental Preliminar a Personas Imputadas: Es una actividad ambulatoria de tamizaje realizada por profesional capacitado, a una persona imputada por la ley penal en la cual se

sospecha la existencia de un trastorno mental, con el propósito de obtener una primera opinión o impresión clínica sobre el estado de salud mental y establecer la pertinencia de un peritaje psiquiátrico judicial. Corresponde solo a tamizaje clínico, no tiene efecto procesal. Incluye consulta salud mental, aplicación de instrumento de tamizaje y elaboración de informe.

Tiene un rendimiento de 3 exámenes por hora.

Peritaje en Drogas: Evaluación realizada por profesional del equipo especializado en salud mental y psiquiatría en respuesta al requerimiento de un Juez, para confirmar o descartar consumo y/o dependencia a drogas en una persona con calidad jurídica de imputada conforme a la ley 20.000. Incluye revisión de expediente sobre la causa que se investiga, consulta psiquiátrica, elaboración de informe y Asistencia a juicio oral.

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

Atención a agresores derivados de Tribunales (Ley Violencia Intrafamiliar): Es la atención ambulatoria otorgada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría en respuesta al dictamen del juez de un Juzgado de Familia a un condenado por violencia intrafamiliar no constitutiva de delito. Incluye consulta de salud mental, consulta psicológica, aplicación de instrumentos de confirmación diagnóstica y elaboración de plan de tratamiento, si corresponde y elaboración de informe al tribunal.

Tiene rendimiento de una hora.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.4:

Sección B.4: se registran las actividades de psiquiatría forense realizadas por médico general, médico psiquiatra, psicólogo(a), enfermera(o), asistente social u otros profesionales, según las definiciones nominales especificadas en los párrafos precedentes, desagregadas por grupos de edad y sexo. En la última columna se anota el número de actividades efectuadas a beneficiarios.

SECCION B.5: DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.5:

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

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

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

Residencia Protegida: Corresponde a cada día de permanencia de un paciente en una instancia residencial habilitada para albergar a un número no mayor de 12 personas con un trastorno mental severo que presentan alto grado de discapacidad psíquica y dependencia, que requiere de un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y cuidados de enfermería. Se incluyen los días que los pacientes se ausenten temporalmente por motivos de vacaciones, visitas a familiares, hospitalizaciones de corta estadía, entre otras.

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

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

Centro Privativo de Libertad: Corresponde a la Atención Clínica Integral de alta intensidad otorgada a adolescentes hombres o mujeres de 14 años o más que se encuentran en internación

provisoria o cumpliendo condena por orden judicial en un Centro privativo de Libertad, que como consecuencia de la descompensación de su cuadro clínico, requieren cuidados de 24 Hrs. en una unidad de hospitalización psiquiátrica cerrada ubicada dentro del Centro Privativo de Libertad, con un máximo de utilización día/cama/persona de 60 días. Incluye consulta psiquiátrica y psicológica, interconsulta de enlace, intervención psicosocial individual y/o grupal-familiar, tratamiento farmacológico, alimentación completa, apoyo diagnóstico y terapéutico, entre otras actividades.

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

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

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

Número de Egresos: Corresponde al Nº de personas egresadas de los dispositivos, desglosadas en menores de 20 años y mayores de 20 años.

Personas en Lista de Espera: Corresponde al número de personas que están lista de espera, para ingresar a los distintos tipos de dispositivos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.5:

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

SECCION C. ACTIVIDADES COMUNES EN AMBOS TIPOS DE ATENCION.

SECCION C.1: ACTIVIDADES GRUPALES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.1:

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

Puede ser realizada en establecimientos de salud de atención ambulatoria, en unidades de hospitalización, en dispositivos comunitarios (centros diurnos, casas club, clubes de integración social, otros) o en espacios propios de la comunidad. Incluye: Psicoeducación, Talleres de desarrollo de habilidades (comunicación asertiva, manejo estrés, normas de crianza, desarrollo personal, resolución de conflictos, etc.), Actividades de entrenamiento de habilidades (conciencia de trastorno y adhesión al tratamiento, cognitivas como por ejemplo, atención, concentración, memoria y funciones superiores, para la vida diaria como por ejemplo, auto cuidado e instrumentales, sociales, ocupacionales y laborales), Actividades de entrenamiento en comportamientos de autoayuda, Actividades de motivación para la participación social y comunitaria.

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.1:

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

SECCION C.2: ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN SALUD MENTAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.2:

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

Trabajo con Organizaciones Comunitarias de Base: Actividad realizada por integrantes del equipo de salud general o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, con el propósito de aportar información técnica y material de apoyo para motivar y orientar a las personas para alcanzar y mantener mejores niveles de salud mental. También, para evitar o retrasar la aparición de una 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.

Colaboración con Grupos de Autoayuda: Actividad de apoyo y colaboración a los grupos de autoayuda vinculados al establecimiento con el fin de apoyarlos en su actividad y su continuidad. Se deben registrar las reuniones que se establezcan con el grupo de autoayuda en extenso o con sus monitores. También se debe registrar el número de organizaciones de autoayuda a las que se le brindo colaboración por medio de reunión.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.2:

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

SECCION C.3: INFORMES A TRIBUNALES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.3:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.3:

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

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

ESTRUCTURA REM-A.07

Sección A.1: Consultas Médicas.

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

Sección A.3: Consultas Realizadas En APS.

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

Sección A.5: Consulta Realizadas Por Operativos.

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

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

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

Sección D: Programa De Resolutividad Atención Primaria De Salud.

Sección E: Consultorías De Médicos Especialistas Otorgadas.

Sección F: Consultas Médicas Resueltas Por Telemedicina.

Sección G: Teleasistencia A Pacientes Hospitalizados.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.07

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

SECCIÓN A.1: CONSULTAS MÉDICAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Consulta Médica de Especialidad: Es la atención profesional otorgada por un médico especialista a un paciente en un lugar destinado para esos fines. Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, hipótesis diagnóstica, con o sin prescripción de exámenes o medidas terapéuticas. Se entenderá incluido en ella algunos procedimientos mínimos y habituales en una consulta médica tales como medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla.

La entrega de esta prestación podrá realizarse a distancia mediante la participación de dos profesionales quienes logran comunicación a través de Tecnologías de Información y Comunicación, aportando información del paciente que puede o no estar presente, generándose de ese vínculo un planteamiento Diagnóstico y Terapéutico.

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

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

Consulta de Oftalmología en UAPO: se refiere a aquella consulta por médico oftalmólogo realizada en una Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. Las UAPO, ubicadas de preferencia en establecimientos de la atención primaria, mejoran la capacidad resolutiva de la Red Asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y Resolutividad con la calidad técnica potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, pertinencia diagnóstica y de derivación, enmarcada en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

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

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

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

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

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

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

Se medirá la pertinencia de una consulta según dos criterios:

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

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

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

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

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

Las consultas efectuadas se desagregan por los grupos de edad indicados en el REM para el total de las consultas médicas efectuadas en el mes, es decir, incluye beneficiarios y no beneficiarios de la ley 18.469.

En las 2 columnas siguientes, se registran las consultas realizadas solo a beneficiarios, desglosadas en menores de 15 años y 15 años y más.

El total de consultas se desagrega por sexo en las 2 columnas siguientes las cuales deben cuadrar con el total de consultas por cada una de las especialidades (columna B).

En "Consultas Nuevas según Origen" se registran las consultas definidas como nuevas solo en establecimientos de nivel secundario o terciario (las consultas de especialidad realizadas en APS no se registran en esta sección). Los datos se desglosan por edad de los consultantes en menores de 15 años y de 15 y más años, según el origen (APS, CAE/CDT de hospitales, CRS, Urgencia) y por especialidad.

En "Consultas Pertinentes" se registran las consultas efectuadas por el médico en box, clasificadas como pertinentes en establecimientos de alta y mediana complejidad, según protocolo de referencia y según tiempo establecido para cada especialidad protocolizada.

Si el establecimiento NO observa Consultas Pertinentes según Protocolo de Referencia ni según Tiempo Establecido, debe registrar "cero" en cada especialidad. En "Inasistentes a consulta médica" corresponde registrar el número de pacientes informados como "No se presentó" (NSP) en el informe diario, desagregadas en menores de 15 años y mayores de 15 años, según especialidad.

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

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2:

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

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

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.3:

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

Médicos Especialistas de Hospitales: Corresponde a las atenciones otorgadas por médicos especialistas provenientes de los Hospitales de la Red o centros de especialidades (CDT, CRS, etc.) y que por convenio intra servicio son realizadas en el establecimiento de nivel primario de atención.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.3:

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

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

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

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.4:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.4:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.5:

Operativo de atención médica: es una modalidad de atención de carácter masivo, dada en un tiempo acotado, que reúne a la población en un lugar definido para ser atendido por médico especialista, que entrega prestaciones específicas. Se entregan prestaciones de modo extraordinario y no garantiza continuidad de los cuidados definidos para la patología

correspondiente. Eventualmente requiere complementarse con seguimientos posteriores por los dispositivos formales de atención.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.5:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.6:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.6:

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

SECCIÓN B: CONSULTAS Y CONTROLES POR OTROS PROFESIONALES EN ESPECIALIDAD

NIVEL SECUNDARIO

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

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

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

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

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

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

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

Consulta por Terapeuta Ocupacional: Es la atención proporcionada en un Consultorio de Especialidades, por terapeuta ocupacional, a un paciente derivado por profesional Médico, con el propósito de apoyar su recuperación o rehabilitación, utilizando técnicas y procedimientos propios de su profesión.

Consulta por Tecnólogo Médico: Es la atención proporcionada por tecnólogo médico en Vicios de Refracción, Cataratas, Retinopatías, etc.

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

Además en esta sección deben ir informados los controles que realizan estos profesionales para los fines descritos anteriormente y que ya se encuentran incorporados en el los grupos etarios y en el total.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

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

En la última columna se registra solo el número Total de controles realizados según profesional.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

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

Consultas VIH/SIDA: Es la atención proporcionada por matrona, enfermera o psicólogo con fines de apoyo al diagnóstico, tratamiento o consultas de patologías asociadas. Se excluyen las atenciones de salud realizadas a personas que viven con VIH/SIDA cuyo diagnóstico que origina la consulta, no esté relacionado con infección por VIH.

Control de VIH con TAR: Atenciones entregadas por enfermera o matrona a pacientes portadores de VIH, que reciben terapia antiretroviral (TARV), algunas actividades son: evaluar el tratamiento y hacer seguimiento a ese proceso, entre otras.

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

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

En esta sección se informan aquellas consultas de especialidad de Oftalmología y de Otorrinolaringología, Respecto a Gastroenterología corresponde a los procedimientos realizados tales como Endoscopía, test de ureasa y tratamiento. Estas actividades fueron resultas vía compra de servicio, con recursos proporcionados por el Programa de Resolutividad. No olvidar que éstas deben estar incluidas en sección A.4. Para las consultas de Oftalmología, éstas pueden ser resueltas por Médico Oftalmólogo o por Tecnólogo Médico, ya que según Norma Técnica Nº126 del 24/11/2011, se faculta a estos profesionales para atender consultas por Vicios de Refracción.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D Se registra el total de consultas realizadas en APS para las especialidades que cubre el Programa de Resolutividad, incluidas éstas en las de compra de servicio (sección A.4).
Para el caso de las consultas oftalmológicas por vicio de refracción resueltas por tecnólogo médico, deberán registrarse en esta sección y justificar el error de la validación, que compara con la sección

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

SECCIÓN E: CONSULTORÍAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS OTORGADAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

1) Consultorías Medicas de Especialistas: Corresponde a un sistema de capacitación continua basado en la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad y el equipo de salud general, con el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de pacientes entre ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos y la continuidad de atención de pacientes con problemas de salud. Incluye la revisión de fichas clínicas, análisis de casos, sesiones de capacitación y estudio, reuniones clínicas, reuniones de coordinación y atención conjunta de pacientes en forma presencial o a distancia a través del uso de Tecnologías de Comunicación e Información (TIC). El cronograma de frecuencia y fechas de consultorías se debe planificar conjuntamente, entre los equipos que reciben la actividad (Nivel Primario) y el que las otorga (Nivel de Especialidad). Según

Orientación Técnica se definen 3 tipos de Consultorías: Tutorial, Grupal y en Terreno, donde es importante destacar que bajo la modalidad de atención directa a pacientes presencial o por Telemedicina la consulta realizada se debe egresar de lista de espera bajo la causal nº1 de atención realizada.

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

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

B) Grupal: En esta modalidad se cita al médico de APS al Nivel Secundario junto a un número de pacientes que serán atendidos y evaluados en conjunto con el médico especialista, en el Nivel de Atención Secundario. En esta oportunidad se define si el paciente deberá seguir en control en este nivel o con la capacitación el médico de APS lo seguirá controlando. También se define bajo qué condiciones lo podrá derivar nuevamente al especialista.

C) Terreno: Esta modalidad comparte los principios establecidos en la modalidad grupal, la diferencia está dada, en que los médicos especialistas acuden al Nivel Primario y trabajan con los médicos evaluando en conjunto los pacientes del consultorio respectivo.

En la modalidad B y C, los pacientes evaluados deberán ser egresados de Lista de Espera de Consulta de Especialidad, utilizando la causal Nº1, Atención Realizada, según lo indica Manual del Proceso de registro de Lista de Espera.

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

La atención de especialista se registra como producción del nivel secundario, por tanto el médico acude a APS con formularios de Hoja de estadística médica y Hojas de evolución para incorporación a ficha clínica.

Al término de la consulta, el especialista lleva hasta el nivel secundario los documentos, que son en el caso de las hojas de evolución clínica, adjuntadas en la ficha clínica del paciente y las hojas de estadística médica ingresadas al REM[7].

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

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

[7] Orientaciones de Estrategias para el Cumplimiento Desafíos de los Primeros 100 Días de Gobierno: Teleasistencia, Equipos Móviles de Especialidad (Operativos) y Consultorías.

TELEMEDICINA

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

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

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

Por otro lado la resolución de consultas desarrolladas a través de Teleasistencias en relación a Consultas de Especialidad tanto de la Atención Ambulatoria como de Hospitalización, deben ser incorporadas dentro de la producción de consulta de especialidad del Establecimiento de Mayor complejidad, que presta la asistencia.

En relación al egreso de Lista de Espera de Consulta de Especialidad, las prestaciones de Consulta de Especialidad realizadas por Teleasistencia, utilizarán la Causal de Egreso Nº1 descrita en la Norma Técnica para el egreso de dichos pacientes, mientras se crea nueva causal de egreso por atención realizada por Telemedicina.

SECCIÓN F: CONSULTAS MÉDICAS RESUELTAS POR TELEMEDICINA

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

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

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

SECCIÓN G: TELECONSULTAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

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

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

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

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.08
ATENCIÓN DE URGENCIA

ESTRUCTURA REM-A.08

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

Sección A.2: Categorización De Pacientes, Previa A La Atención Médica

(Hospitales De Alta, Mediana o Baja Complejidad y SAR).

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/SAR

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

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

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

Sección H: Atenciones Médicas Asociadas A Violencia De Género.

Sección I: Atenciones Por Anticoncepción De Emergencia.

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

Sección K: Llamados Pertinentes De Urgencia A Centro Regulador.

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

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

Sección N: Teleasistencia En Unidades De Emergencia Hospitalaria.

Sección O: Pacientes Con Indicación De Observación En SAR.

Sección P: Atenciones Médicas Peritaje Forense En Salas De Acogida.

Sección Q: Atenciones Médicas En Salas De Acogida.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.08

GENERALIDADES: Para establecimientos de Atención Primaria se enfatiza que se registren las atenciones de urgencia donde realmente corresponda, considerando registrar la información por establecimientos y/o estrategias según códigos estructurales definidos por DEIS.

Todos los SAPU y SAR deberán registrar individualmente, utilizando el código definido por DEIS para esa estrategia. El resto de las atenciones de urgencia realizadas en centros de salud de Atención Primaria deberán registrarse en el establecimiento o establecimiento madre, según sea el caso, respetando la gSección correspondiente.

Todos los Hospitales deberán utilizar el código del establecimiento, respetando la Sección correspondiente según su complejidad (Alta, Mediana o Baja).

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

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

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

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

Atención por 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/SAR/SUR, de otros hospitales del mismo Servicio de Salud o de otros Servicios de Salud (establecimientos que correspondan a otra red asistencial). La diferencia con el total de atenciones corresponde a la demanda espontánea.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

Sección A1 y B: Se registrará el número de atenciones médicas realizadas en la Unidad de Emergencia de hospitales de alta complejidad y mediana complejidad desagregadas por grupos de edad, sexo y origen de la procedencia.
En caso de pacientes que son vistos por dos o más médicos en la misma Unidad de Emergencia, se registrará como una sola atención, asimismo si una paciente es atendida por Matrón(a) y requiere atención por médico, sólo corresponde el registro de éste último.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

Categorización de pacientes: El actual modelo de atención en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) considera la priorización o categorización de los pacientes que acuden a estas unidades, de acuerdo a criterios de gravedad de los mismos.
Esta priorización se basa en una categorización, establecida a través de un sistema de selección de Pacientes (TRIAGE), que permite clasificar en forma rápida y efectiva a los pacientes de acuerdo a su gravedad o complejidad.

La Categorización se define como:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2:

Corresponde registrar a todos los pacientes, según grupo etario, excluyendo atención de urgencia obstétrica, atendidos en la Unidad de Emergencia Hospitalarias (Alta, median y Baja complejidad) y SAPU Alta Resolución 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 en una categoría. Si es omitida la categorización por el "Selector de Demanda" debe registrarse "sin categorización". Cabe señalar que esta actividad es realizada previamente a la consulta médica de urgencia. Si se categoriza en más de una ocasión, se debe registrar sólo la 1ª categorización. Para efectos de esta sección sólo se deben informar las categorizaciones a los pacientes que tuvieron efectivamente una atención. No se registra el resto de categorizaciones que no concluyeron en una atención efectiva. Por eso la validación que revisa consistencia entre sección A.1 y A.2.

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

Aplican los mismos conceptos del párrafo de la Sección A.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

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

SECCIÓN D: ATENCIONES DE URGENCIA REALIZADAS EN SAPU/SAR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

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

Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): es un componente de la Red de Urgencia, encargada de entregar prestaciones de emergencia/urgencia de baja complejidad en forma oportuna y adecuada. En forma técnica, la instancia de atención está adosada a Centros de Salud o en locales anexos.

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR): es la instancia de atención adosada a Centros de Salud o en locales anexos, encargada de entregar prestaciones de emergencia/urgencia, con mayor capacidad resolutiva que un SAPU (imágenes, exámenes de tamizaje, camillas de observación), en forma oportuna y adecuada generalmente en horario no hábil

La atención que brinda, generalmente es en horario no hábil, pudiendo corresponder a:

SAPU corto: lunes a viernes de 17:00 a 24:00 horas.

Sábado, domingo y festivos de 08:00 a 24:00 horas.

SAPU largo: lunes a viernes de 17:00 a 08:00 horas (del siguiente día).

Sábado, domingo y festivos, horario continuado.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Es la atención de emergencia/urgencia otorgada a un paciente en un Centro de Salud que no dispone de SAPU o en un Hospital de baja complejidad. También corresponde a aquellas

atenciones de urgencia que, a pesar de disponer de SAPU en el establecimiento, se realizan en horarios que no corresponden al horario que atiende dicho SAPU, así un Centro de salud puede tener registros en esta sección y en la anterior.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Se registran todas las consultas de urgencia efectuadas por médico, enfermera, matrona, técnico paramédico y otros profesionales, desagregados por grupos de edad, sexo y 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: CONSULTAS EN SISTEMA DE ATENCIÓN DE URGENCIA EN CENTROS DE SALUD RURAL (SUR) Y POSTAS RURALES.
DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

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

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

En Centros de Salud Rural (CSR) con población inscrita superior a 15.000 habitantes: médico residente de 20:00 a 23:00 horas de lunes a viernes, médico de llamada de 23:00 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 20:00 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 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes y sábados, domingos y festivos, 24 horas.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

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

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

El flujo de pacientes en las unidades de emergencia hospitalaria puede finalizar en alta a domicilio, fallecimiento y/, 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 de12 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 resolutiva de su problema, se decide derivar a otro establecimiento de la red. Esta derivación debe ser gestionada por el establecimiento que decide la indicación de hospitalización y la derivación.

Pacientes que permanecen en UEH: corresponde a aquellos pacientes que a pesar de haber recibido la indicación médica de hospitalizarse en algún área funcional del establecimiento, no accedieron a una cama hospitalaria y fueron dados de alta desde la unidad de emergencia hospitalaria una vez resuelta su etapa aguda.

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

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

Además se registran los pacientes que no se hospitalizan (por rechazo de hospitalización, por traslado a otro establecimiento, por permanecer aún en UEH, por fallecer en la espera de una cama hospitalaria y por ingresar directamente a proceso quirúrgico), esta información se sugiere que sea proporcionada por la UEH. La suma de los pacientes según tiempo de demora al ingreso, más todos los pacientes que no se hospitalizan dará cuenta del número total de pacientes con indicación de hospitalización en una UEH.

--Los pacientes que ingresan directamente a proceso quirúrgico no deben ser desagregados por "pacientes que ingresan a cama hospitalaria según tiempo de demora al ingreso"--

SECCIÓN H: ATENCIONES MÉDICAS ASOCIADAS A VIOLENCIA DE GÉNERO.
DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN H:

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

SECCIÓN I: DEFINICIÓN DE ATENCIONES POR ANTICONCEPCIÓN DE EMREGENCIA.
DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN I:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN I:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN J:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN J:

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

SECCIÓN K: LLAMADOS PERTINENTES DE URGENCIA A CENTRO REGULADOR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN K:

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN K:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN L:

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

Traslado Primario: Es el que se realiza desde el lugar donde se produce el evento, (que puede ser la vía pública o el domicilio), hasta una unidad de emergencia hospitalaria para su atención.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Compra de Servicio: Corresponde a aquellos traslados realizados a través de mecanismos de Compra de Servicios a Empresas Externas a los Servicios de Salud, en las distintas modalidades de Traslado.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN L:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN M:

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

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

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

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN M:

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

SECCIÓN N: TELEASISTENCIA EN UNIDADES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN N:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN N:

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

SECCIÓN O: PACIENTES CON INDICACIÓN DE OBSERVACIÓN EN SAR

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN O:

Pacientes con indicación de observación en SAR: El médico del SAR podrá mantener a pacientes en observación en camilla, por un tiempo límite 6 horas, período en el cual se deberá definir conducta a seguir con cada paciente, ya sea traslado o alta a domicilio. Contarán con equipo técnico y profesional para manejo clínico.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN O:

Por cada paciente que se haya mantenido en observación en camilla por indicación médica deberá registrarse el tiempo que se mantuvo en esa condición de acuerdo a los siguientes rangos: MENOS DE 2 HORAS / 2 A 6 HORAS / MAYOR A 6 HORAS

SECCIÓN P: ATENCIONES MÉDICAS PERITAJE FORENSE EN SALAS DE ACOGIDA

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN P:

Los profesionales que atenderán en las salas de acogida, son médicos (Generales, Ginecólogos o Pediatras) que ha recibido capacitación de Peritaje Forense, y serán consultores de llamada. El objetivo es Mejorar la pesquisa sexológica forense en niños, niñas, adolescentes y adultos y fortalecer todo el proceso de atención de víctimas de delitos sexuales que acudan a los servicios de urgencia, con el fin de evitar la victimización secundaria.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN P:

Corresponde a la prestación de médicos-peritos que acudirán de llamada a realizar la atención. Se debe registrar el número de usuarios atendidos por grupos etarios y sexo.

SECCIÓN Q: ATENCIONES MÉDICAS EN SALAS DE ACOGIDA

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN Q:

Durante el año 2015 se habilitarán 14 Salas de Acogida para Víctimas de Delitos Sexuales, para atención de Agresión Sexual, una por región. Los profesionales que realizan la atención son médicos (Generales, Ginecólogos o Pediatras) que ha recibido capacitación de Peritaje Forense.

La factibilidad de registro se resumirá en:

Con Sospecha de Penetración

Sin Sospecha de Penetración

Y éstas a su vez en:

Aguda: agresión sexual realizada en menos de 72 horas, en la que pueden obtener evidencia del hecho. Se debe administrar Profilaxis de VIH e ITS y si corresponde entrega de Anticoncepción de emergencia.

No aguda: agresión sexual realizada en un tiempo superior a 72 horas. Se podría administrar Profilaxis de VIH e ITS y si corresponde entrega de Anticoncepción de emergencia.

Crónica: agresión sexual realizada en un tiempo superior a 72 horas y reiterado. Se podría administrar Profilaxis de VIH e ITS y si corresponde entrega de Anticoncepción de emergencia.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN Q:

Corresponde a la prestación de médicos-peritos otorgadas en las Salas de Acogida. Se debe registrar el número de usuarios atendidos por grupos etarios y sexo.

Además se debe consignar el número de usuarios que recibieron anticoncepción de emergencia, los que no recibieron, a su vez la aplicación de Profilaxis VIH y/o Profilaxis de ITS

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

ESTRUCTURA REM-A.09

Sección A: Consultas y Controles en Establecimientos APS.

Sección B: Otras Actividades de Odontología General.

Sección C: Ingresos y Egresos a Tratamientos en Establecimientos APS.

Sección D: Interconsultas Generadas en Establecimientos APS.

Sección E: Actividades Odontológicas en Horario Continuado (Incluidas en Secciones A y B).

Sección F: Actividades en Atención de Especialidades.

Sección G: Programas Especiales y GES (Actividades Incluidas En Sección F).

Sección H: Sedación y Anestesia.

Sección I: Consultas, Ingresos y Egresos a Tratamientos en Establecimientos de Nivel Secundario y Terciario.

Sección J: Actividades Efectuadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienistas Dentales.

Sección K: Gestión de Agenda Clínicas Dentales Móviles.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.09

GENERALIDADES:

El REM A-09 registra las actividades realizadas en el ámbito odontológico, tanto de nivel primario como en especialidades.

Entiéndase el nivel primario en función de la complejidad de las prestaciones realizadas, independientemente si éstas se realicen en Centros de Atención Primaria o Secundaria (Ejemplo: actividades promocionales, preventivas, operatoria básica, etc.).

La compra se servicios odontológicos para la ejecución de los convenios de reforzamiento corresponde a aquellos servicios que se realizan fuera de las dependencias de los establecimientos de salud, tanto de la APS Municipal como de aquellos establecimientos dependientes de Servicios de Salud. Estas actividades deben ser registradas en la columna compra de servicio, y por lo tanto no deben ser desglosadas por edad ni sexo (lo anterior,

excluye programas realizados con recursos adicionales, pero implementados en los Centros de Salud con RRHH a honorarios).

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

Las actividades registradas en la columna de embarazadas y estudiantes de cuarto año de educación media, no deben ser desglosadas por edad.

Las actividades odontológicas realizadas en personas en situación de discapacidad, deben registrarse en la penúltima columna. Entiéndase la atención odontológica a pacientes en situación de discapacidad como la actividad odontológica realizada en establecimientos de la red de salud a pacientes con limitación motora-cognitiva o con patologías tales como: Asperger, síndrome de Down, autismo, entre otras. En caso de que la actividad a un usuario con situación de discapacidad sea realizada en domicilio, ésta debe registrase en el REM A.26 "Sección C: Visitas con fines de tratamientos y/o procedimientos en domicilio; Actividad odontológica en domicilio".

SECCIÓN A: CONSULTAS Y CONTROLES EN ESTABLECIMIENTOS APS

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

La Sección A identifica el tipo de consulta o control por el cual se presenta el paciente en Atención Primaria de Salud; por tanto el total de consultas realizadas en esta Sección debe desagregarse en una de las siguientes clasificaciones de tipos de Consulta: consulta tratamiento odontológico, consulta de morbilidad odontológica, control post alta, consulta de urgencia o inasistencia a consultas o controles. Cabe destacar que cada consulta debe registrarse una sola vez y el criterio para clasificarlas debe originarse en el motivo de consulta.

Consulta Tratamiento Odontológico: Se entiende por "Consulta Tratamiento Odontológico" a la o las consultas que requiere cada paciente para dar solución a los problemas odontológicos, en todos aquellos beneficiarios que fueron ingresados a tratamiento de odontología general y que culminarán en una Alta Odontológica, ya sea Preventiva o Integral. Se registra en esta celda cada vez que el paciente asista en forma repetida en un año calendario.

Consulta de Morbilidad Odontológica: Corresponde a una atención profesional otorgada por un odontólogo (una sesión), con el objetivo de dar solución a un problema de salud oral específico por solicitud del paciente. Esta prestación incluye anamnesis, examen, hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas. Un paciente puede recibir una o más consultas de morbilidad odontológica en un año. Se deberán registrar las actividades realizadas en la Consulta de Morbilidad Odontológica en la Sección B. Se excluyen en este registro todas las consultas de morbilidad odontológicas realizadas en el programa de reforzamiento "Consultas de morbilidad odontológica en extensión horaria a población mayor de 20 años", las cuales deben registrarse en la Sección G.

Control Post Alta: Es la atención que se otorga al paciente posterior al alta odontológica total o integral, con el objeto de controlar la evolución del tratamiento realizado, prevenir y detectar cuadros mórbidos.

Consulta de Urgencia: Corresponde al paciente atendido por una urgencia odontológica ambulatoria (Garantía Explícita en Salud), que requiere un tratamiento odontológico inmediato e

impostergable, cuya atención se otorga por demanda espontánea cada vez que el paciente cumple con el criterios definidos como GES. Se deberán registrar las actividades realizadas en la Consulta de Urgencia en la Sección B.

Inasistencia a Consultas: Corresponde a aquellas consultas de Tratamiento Odontológico, Morbilidad Odontológica, Control Post Alta y Consulta de Urgencia en las cuales el paciente no acude y no fue reconvertida.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: El tipo de consulta es independiente del horario en que se ejecute.

SECCIÓN B: OTRAS ACTIVIDADES DE ODONTOLOGÍA GENERAL

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

En esta sección se consignan todas las actividades de promoción, prevención, recuperativas y de apoyo diagnóstico de nivel primario realizadas en el establecimiento (refiriéndose a nivel de atención en función de la complejidad de la actividad y no por el nivel del establecimiento, puesto que la urgencia odontológica es transversal a los niveles de atención).

Se registra toda la producción de acciones de nivel primario realizadas en el establecimiento (Ejemplo: acciones asociadas a alta básica de un programa especial que también incluya acciones de nivel secundario: "operatoria en paciente Más Sonrisas para Chile").

Educación Individual con Instrucción de Técnica de Cepillado: incluye el control de placa bacteriana y la instrucción de técnicas de higiene oral, la cual debe realizarse en todo paciente

Que ingresa a tratamiento odontológico integral, pudiendo reforzarse en sesiones consecutivas, según necesidad, entendiendo que se pretende alcanzar un adecuado control de placa por el paciente y/o su cuidador(a) responsable.

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

Si se realizan consejerías en otros grupos de edad o asociando temáticas de alimentación y salud oral por ejemplo, registrar en REM 19a categoría otros profesionales.

Educación Grupal: Corresponde al número de sesiones educativas efectuadas a grupos específicos, en el establecimiento o fuera de él, a un grupo de 5 o más personas.

Cabe destacar que otras actividades que se enmarcan dentro del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario, tales como consejería en alimentación saludable o consejerías en intervenciones de familia entre otras deben registrarse en el REM A 19a, así como las actividades educativas dentro de este marco deben registrase en el REM A 27.

Las acciones educativas, con enfoque promocional o preventivo, individuales o grupales, deben ser acompañadas de una planificación y registro ad-hoc (en ficha clínica si es individual y en registro de prestaciones del profesional en actividad grupal)

Examen de Salud Oral: Es la atención proporcionada a las personas con el objeto de diagnosticar su nivel de salud bucal y establecer un plan de tratamiento. Cada ingreso a tratamiento o control de mantención debe incluir el examen de salud oral.

Aplicación de Sellantes: Es la protección específica según riesgo cariogénico, realizada especialmente a los molares y premolares recién erupcionados; registrándose por cada diente sellado.

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

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

Actividad Interceptiva de Anomalias Dento Maxilares (OPI): Corresponde al registro de examen, diagnóstico, planificación de tratamiento interceptivo, controles, desgastes selectivos e instalación de aparato interceptivo para anomalías dentomaxilares.

Destartraje Supragingival: Corresponde a la sesión destinada a la eliminación del tártaro presente en la corona clínica del diente.

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

Pulpotomía: Procedimiento clínico que consiste en la extirpación de la pulpa cameral inflamada en dientes temporales o permanentes vitales, y su correspondiente relleno. Se registra por cada pulpotomía terminada.

Restauración Provisoria: Es la obturación provisoria de un diente, temporal o permanente.

Restauración Estética: Es la obturación definitiva de un diente, temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante Composite u otro material de obturación estético. Se registra por cada pieza obturada.

Obturaciones Amalgama: Es la obturación definitiva de un diente, temporal o permanente, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante Amalgama. Se registra por cada diente obturado.

Obturaciones Vidrio Ionómero en diente temporal: Es la obturación definitiva de un diente, temporal, en todas las superficies lesionadas especialmente por el proceso de caries, mediante Vidrio Ionómero. Se registra por cada pieza obturada.

Destartraje Subgingival y Pulido Radicular por Sextante: Corresponde al tratamiento terapéutico destinado a la remoción desde la superficie radicular (subgingival) de la placa bacteriana y tártaro a través de instrumental manual y/o ultrasonido Se registrará por Sextante.

Desinfección Bucal Total: Terapia alternativa de tratamiento periodontal consistente en raspado y pulido radicular, diseñada para atacar tanto las bolsas periodontales, como los nichos intraorales de bacterias patogénicas en 2 sesiones, en un lapso de 24 horas. Ver norma técnica.

Procedimientos Médico-Quirúrgicos: Corresponden a actividades realizadas en el tratamiento de la Urgencia, tales como: GUNA, complicación post exodoncia, Pericoronaritis, Pulpitis, tratamiento de traumatismo dentoalveolares, trepanación, ferulización, aseo quirúrgico o curetaje alveolar, sutura, drenaje de absceso submucoso, subperiostico u otro/ o flegmón orocervical de origen odontogénico y otras actividades propias del tratamiento de urgencias odontológicas.

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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

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 contexto del Programa Sembrando Sonrisas, la actividad de Educación Grupal se registrará en la edad de 5 años (independiente de las edades de los asistentes) ingresándose esta educación como una única actividad.

La Radiografía Intraoral se registra por cada película informada, desagregadas por grupos de edad o de riesgo.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Esta sección abarca a los pacientes que se encuentran priorizados en las metas asociadas a altas odontológicas en el nivel primario, por lo tanto corresponderán a aquellos pacientes que se registran en la Sección A con "Consulta Tratamiento Odontológico".

Ingresos a tratamiento Odontología General: Corresponde al paciente que inicia su tratamiento odontológico integral en el nivel primario, con la intención de alcanzar un Alta Odontológica (Preventiva o Integral), en el año calendario. Todo paciente ingresado a tratamiento debe contar con su registro de ceo o COP según corresponda.

Altas Odontológicas Preventivas: Se refiere al número de pacientes que una vez examinados no se les constaten patologías, pudiendo ser calificados como "sanos" y recibir medidas de prevención específicas como educación de cepillado de dientes y alimentación saludable, así como pudiendo ser calificados "en riesgo" y que, además de los refuerzos educativos respectivos, se le apliquen algunos de los siguientes tratamientos preventivos: Profilaxis, Aplicación de Sellantes y Fluoración tópica, según edad.

Altas Odontológicas Integrales (excluye las altas dadas en los programas especiales de la Sección G): 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 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.

Consideraciones:

a) Las Altas odontológicas han de ser registradas por número de personas y no por actividades en el año, vale decir se podrá registrar solo un tipo de Alta por paciente por año calendario.

b) Validador de consistencia: Sus altas totales deben ser consistentes con los ingresos a tratamiento, variando del 100% solo por bajas de adherencia (Rechazos o abandonos) y por traspaso de pacientes en tratamiento de un período a otro.

Egresos por Abandono: Altas por inasistencias. Corresponde anotar el número de pacientes que abandonaron su tratamiento de Odontología General, quedando el tratamiento inconcluso. (Se define como inasistencia, la ausencia o no presentación del paciente o beneficiario a una citación formal y conocida por él para una atención, y se entenderá por "abandono de tratamiento" tres inasistencias).

Rechazo de Urgencia: El rechazo de urgencia se define como el dado por el SOME u Odontólogo a pacientes que han solicitado la atención de urgencia, y que no son atendidos inmediatamente, o no son agendados para otorgarle la atención. Se refiere a la incapacidad de oferta existente, para brindar la atención solicitada.

Índice COP o CEO en Pacientes Ingresados a Odontología General: Índice Odontológico de patología de caries que establece la sumatoria de dientes Cariados, Obturados y/o Perdidos por caries, ya sea en dientes definitivos (COPD) o en dientes temporales (CEOD). Para los niños de 2, 3, 4, 5 y 6 años se utilizará sólo el indicador de dientes temporales (CEOD) y para los grupos de 12, menores de 15 años, 15 -19 años, 20-64 años, mayores de 65, embarazadas se utilizará sólo el indicador de dientes definitivos COPD. Se debe registrar solo al momento del Ingreso a tratamiento Odontología General.

Validador de consistencia: Debe haber consistencia entre número de registros índice ceo o COP por edad y número de ingresos a tratamiento por edad (ambas cifras deben ser coincidentes).

Notas:

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 (alta básica de nivel primario no implica cerrar caso en SIGGES) y el establecimiento que la recibe registrará las actividades otorgadas, su ingreso y el alta de nivel secundario dependiendo de la especialidad resuelta en la sección F e I respectivamente.

Altas Preventivas en GES 60 años, si se presentan del tipo preventiva (paciente sano o en riesgo sin daño) deben ser registradas en esta sección, sin embargo si el Alta otorgada a un adulto de 60 años es Integral (incluye prestaciones de programa de reforzamiento) debe ser registrada en Sección G, pues forma parte de altas que se resuelven con recursos extraordinarios, en este caso GES 60 años.

SECCION D: INTERCONSULTAS GENERADAS EN ESTABLECIMIENTOS APS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Son todas aquellas solicitudes de interconsulta (SIC) 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.

En casos con modelo de contraloría médica (odontólogo triador) incorporadas, considerar sólo las interconsultas pertinentes ya validadas por triador en sección D. El registro completo del total de demanda (incluida la no pertinente a nivel local, debe ser registrada en sistema de referencia Ges y NO GES existente).

VALIDACIÓN DE CONSISTENCIA: Debiera existir consistencia en el número de SIC emitidas y registradas vía REM con casos reportados vía sistema de referencia GES y NO GES (SIGGES y Módulos referencia o RNLE). En casos con referencia electrónica en que se incluye contraloría odontológica, la consistencia debe darse con el volumen de SIC catalogadas como pertinentes.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D: Se debe registrar el total de interconsultas generadas para las especialidades de Endodoncia, Rehabilitación Oral (sea para Prótesis Fija o Removible), Cirugía Bucal y Traumatología Máxilo Facial, Odontopediatría, Ortodoncia, Periodoncia, Radiología y Trastornos Temporo Mandibulares. En 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 Salud Oral Integral de la Embarazada.

SECCIÓN E: ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS EN HORARIO CONTINUADO (incluidas en Secciones A y B)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Corresponde al total de consultas odontológicas efectuadas por Odontólogos durante las horas trabajadas por concepto de horario continuado (Extensión Horaria o atención en día Sábado, Domingo o Festivo). Dichas actividades deben registrarse en su detalle en sección A y B (tipo de consulta y acciones realizadas). No se deben registrar las consultas en extensión horaria por programas de reforzamiento (Morbilidad del Adulto y Altas integrales en estudiantes de cuarto año medio)

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E: En esta sección se deben registrar las consultas que se realizan fuera de la jornada normal del Establecimiento.

SECCIÓN F: ACTIVIDADES EN ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Examen y Diagnóstico de Especialidad: Es la atención proporcionada a las personas con el objeto de diagnosticar su nivel de salud bucal y establecer un Plan de tratamiento por parte del especialista.

Actividad de Urgencia Especialidades: Es la atención de urgencia dada a un paciente que así lo requiera, e incluye, entre otras, cementación de PFU, provisorios, trepanaciones, recubrimientos, sutura de tejidos blandos, terapia farmacológica de infecciones odontogénicas, que corresponden a acciones de nivel de especialidad.

Obturación Directa e Indirecta: Registrar el número de dientes obturados con amalgama, composite o vidrio ionómero y aquellas en las que se utiliza la técnica de Confección de Inlays u Onlays.

Endodoncia Actividad: Registrar las actividades realizadas por el Endodoncista en el curso del tratamiento de un paciente: instrumentación, apexificación, controles de tratamiento, etc.

Periodoncia Actividad: Registrar las actividades realizadas por el Periodoncista en el curso del tratamiento periodontal de un paciente: análisis de radiografías u otros exámenes, evaluación de los tejidos, Diagnóstico, Plan de tratamiento, sesiones de Destartraje supragingival, Consultas de Oclusión, Desgastes Selectivos (Balance Oclusal), controles de tratamiento, etc.

Tratamiento de Endodoncia Unirradicular: Registrar el total de tratamientos de Endodoncia finalizados en el período, en dientes unirradiculares o con tratamiento de Inducción al Cierre.

Tratamiento de Endodoncia Birradicular: Registrar el total de tratamientos de Endodoncia finalizados en el período, en dientes birradiculares o con tratamiento de Inducción al Cierre.

Tratamiento de Endodoncia Multirradicular: Registrar el total de tratamientos de Endodoncia finalizados en el período, en dientes multirradiculares o con tratamiento de Inducción al Cierre.

Destartraje subgingival y Pulido Radicular por Sextante: Corresponde al tratamiento terapéutico realizado por el Periodoncista destinado a la remoción desde la superficie radicular de la placa bacteriana y tártaro, a través de instrumental de ultrasonido; así como la remoción de placa, tártaro y cemento contaminado con endotoxinas, con el fin de biocompatibilizar los tejidos y permitir la correcta inserción del tejido conectivo, a través de instrumental manual específico. Se registrará por Sextante.

Férula Periodoncia: Registrar la instalación de aparato estabilizador de dientes afectados por enfermedad periodontal, como parte del tratamiento integral de la especialidad.

Instalación Plano de Alivio Oclusal: Registrar el total de Planos de Alivio Oclusal instalados.

Cirugía Periodontal: Se registran en esta línea el total de las Intervenciones quirúrgicas realizadas en el Nivel secundario o terciario del establecimiento destinado a restituir la morfología, estética y función de los tejidos periodontales.

Instalación Aparato Ortopedia Pre-quirúrgica (fisura labio palatina): Se registran el total de aparatos de ortopedia prequirúrgica instalados a pacientes con Fisura Labiopalatina.

Ortopedia Pre-quirúrgica Actividad (fisura labio palatina): Se registra en esta línea todas las actividades tendientes a la realización y control del aparato de ortopedia prequirúrgica (toma de impresión, prueba de aparato, control, rebasado, etc.)

Ortodoncia Actividad: Se registran las actividades realizadas por el Ortodoncista en cada etapa del tratamiento de Ortodoncia y/o Ortopedia dento maxilar de un paciente: toma de impresiones; análisis de modelos y radiografías; formulación de diagnóstico; Plan de tratamiento; diseño de aparatos; controles de evolución; ajuste de aparatos, etc.

Instalación Aparato de Ortodoncia: Registrar la Instalación de aparatos fijos o removibles de cualquier material utilizados para interceptar o tratar una anomalía o mal hábito, establecido. Se

registran por aparato instalado. No considerar en este registro la instalación de Brackets de Ortodoncia Fija.

Instalación Aparato Fijo De Ortodoncia: Registrar la Instalación de Aparato Fijo, Brackets, según financiamiento PPV.

Instalación Aparato de Contención: Se Registran todos los aparatos de contención en Ortodoncia, ya sean fijos o removibles, de cualquier material. Según financiamiento PPV.

Prótesis Fija (unitaria o plural): Se registra por cada Prótesis fija unitaria o plural instalada sobre estructura dentaria.

Prótesis Fija Provisoria (unitaria o plural): Se registra por cada Prótesis fija Provisoria unitaria o plural confeccionada, como parte de las etapas de tratamiento con Prótesis Fija.

Prótesis Removible Acrílica: Registrar el total de aparatos protésicos removibles instalados, de material acrílico, sin distinguir el tipo de rehabilitación parcial o total.

Prótesis Removible Metálica: Registrar el total de aparatos protésicos removibles instalados, con estructura metálica.

Reparación de Prótesis: Se registra por cada reparación tanto de prótesis fijas como de aparatos removibles, reparaciones simples, compuestas, reajustes y rebasados.

Cirugía Bucal (Intervención): Se registran los actos quirúrgicos por el cual se ejecutan algunas de las siguientes técnicas: Apicectomía, Biopsias, Exodoncia a colgajo, Exodoncia de dientes en inclusión mucosa, Fenestraciones, Frenectomías, Plastias de reborde y Regularización de tuberosidad exostósica, Tratamiento de traumatismos superficiales de los tejidos blandos, etc.

Cirugía y Traumatología Máxilo Facial Intervención: Se registran el total de las Intervenciones quirúrgicas realizadas en el nivel secundario o terciario del establecimiento, con excepción de los Tratamientos de Traumatismos Dento Alveolares Simple y Complejo, que se registrarán aparte.

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

Tratamiento de Traumatismos Dento Alveolares: Registrar todos los tratamientos de urgencia realizados en los Nivel Secundario y Terciario y los destinados a recuperar la estética y funcionalidad de áreas dento alveolares que han sufrido traumatismos.

Instalación de Implante Endo-Oseo Oseointegrable: Registrar por cada Implante Endo-Óseo instalado quirúrgicamente en un espacio desdentado.

Terapia Tratamiento Témporo-Mandibular: Se registra el total de acciones destinadas a dar solución terapéutica a esta patología, ya sea terapia cognitiva, bloqueo anestésico, etc.

DEFINICIONES OPERACIONALES 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 (externa), ésta NO debe ser desagregada por las variables mencionadas anteriormente, consignándose el

registro sólo en la última columna destinada para esos fines. Si la compra de servicios es de recurso humano pero la actividad se desarrolla en el establecimiento hospitalario, debe desglosarse como atención propia (esto es válido tanto para prestaciones GES como NO GES).

En esta sección también se registran actividades de especialidad desarrolladas por establecimientos de nivel primario (Ejemplo: Si una comuna cuenta con atención de especialista en Centro de APS, con financiamiento adicional a programas ministeriales incluidos en la sección G; debe ser registrada en esta sección).

SECCIÓN G: PROGRAMAS ESPECIALES Y GES (Actividades incluidas en sección B y F).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

En esta sección se registrarán aquellas actividades que se realicen por la ejecución de los siguientes programas: Programa Sembrando Sonrisas, Programa Odontológico Integral Estrategia Más Sonrisas para Chile, Programa Odontológico Integral, Estrategia Resolución De Especialidades en APS, Programa GES Odontológico para Adultos de 60 años y Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica.

PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS

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. Para el Programa Sembrando Sonrisas el examen de salud bucal se realizará en un contexto comunitario, vale decir con instrumental o espejo de inspección.

Nº de niños con Índice ceod=0 al ingreso: corresponde al número de niños que al examen de salud en contexto comunitario no presenten historial de caries o ceod=0.

Educación individual con Nº de Set de Higiene Oral entregados: Corresponde a la entrega de insumos para la higiene bucal y que reciben los refuerzos educativos de Salud Bucal, tales como educación de cepillado de dientes y alimentación saludable.

Nº de Aplicaciones Flúor Barniz: Es la aplicación de fluoruros realizada en niños y niñas individualmente en la superficie de los dientes, según riesgo cariogénico. Se registra por sesión de aplicación de Flúor Barniz.

PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL, ESTRATEGIA MAS SONRISAS PARA CHILE

Auditorías: Registrar cada auditoría realizada a las Altas de la Estrategia Más Sonrisas para Chile

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 y MINEDUC, SERNAM, MINVU, Chile Solidario y demanda local.

PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL, ESTRATEGIA RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES EN APS

Tratamientos de Endodoncia: Se registra en la línea superior el número total de personas que recibieron tratamiento de endodoncia en esta estrategia.

En la Línea inferior se registra el número de dientes que han sido sometidos a este tratamiento restaurador, cualquiera sea la característica del diente tratado, en pacientes beneficiarios de esta estrategia. Sólo se sumarán tratamientos finalizados.

Prótesis Removibles: En la Línea superior se registra el número total de personas beneficiarias de esta estrategia que recibieron tratamiento de prótesis removible.

En la Línea Inferior se registra el número total de prótesis instaladas a beneficiarios de este Programa.

PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO ADULTO (GES 60 años)

En estas filas se registran las actividades comprometidas para esta garantía explícita de salud. Registrar el total de tratamientos de endodoncia, prótesis instaladas, y altas odontológicas integrales realizadas.

Altas Integrales: Se registrarán el Número total de altas integrales de adultos mayores de 60 años, la que se produce cuando la rehabilitación protésica ya no presenta ningún problema para el paciente, es decir no requiere más controles.

Tratamientos de Endodoncia: En "número de pacientes" debe registrar el número total de personas que recibieron tratamiento de endodoncia por GES. En "número de piezas" corresponde registrar el número de dientes que han sido sometidos a este tratamiento restaurador, cualquiera sea la característica del diente tratado, en pacientes beneficiarios de GES 60 años.

Prótesis Removibles: En "número de pacientes" corresponde registrar el número total de personas beneficiarias de GES 60 años que recibieron tratamiento de prótesis removible. En "número de prótesis", se debe registrar el número total de prótesis instaladas a beneficiarios de este Programa.

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

En la estrategia "Altas integrales estudiantes de cuarto año medio", se deberá registral el alta integral según la modalidad de atención definida:

Alta Integral en Extensión Horaria: Corresponde a aquella alta odontológica integral a estudiantes de cuarto año de educación media realizadas en establecimientos de salud.

Alta Integral en Unidad Dental Móvil: Corresponde a aquella alta odontológica integral a estudiantes de cuarto año de educación media realizadas en una Unidad Dental Móvil o en sillones dentales de los propios establecimientos de salud.

La estrategia "Consultas de morbilidad odontológica en extensión horaria a población mayor de 20 años" deberá registrarse en la siguiente fila:

Nº de Total de Actividad recuperativas realizadas en > 20 años, en Extensión horaria: Corresponde a la suma de las siguientes actividades odontológicas recuperativas realizadas en extensión horaria a población mayor de 20 años: Pulido coronario, Destartraje supragingival,

Exodoncia, Restauración Provisoria (tratamientos pulpares indirectos), Restauración Estética, Restauración de Amalgamas, Destartraje subgingival y Pulido radicular por Sextante, Desinfección Bucal Total y Procedimientos Médico-Quirúrgicos.

Nº de Consultas Morbilidad realizadas en > 20 años, en Extensión horaria: Corresponde al número total de consultas de morbilidad realizadas en mayores de 20 años, en modalidad de extensión horaria (programa de reforzamiento). Se excluyen en este registro todas las consultas de morbilidad odontológicas realizadas en otros horarios y no pertenecientes a este programa de reforzamiento, las cuales deben registrarse en la Sección A.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: En esta sección se registran todas aquellas actividades y altas realizadas bajo el contexto de cobertura de algún programa de reforzamiento. 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.).

En caso de la compra de 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 Más Sonrisas para Chile (prótesis) y de GES Odontológico 60 años (endodoncias y prótesis).

SECCIÓN H: SEDACION Y ANESTESIA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:

Atención Bajo Sedación (con óxido nitroso): Se define como la atención odontológica otorgada a pacientes que están sedados por el efecto del Óxido Nitroso. Se registra el número de personas que son atendidas con esta modalidad.

Atención Bajo Anestesia General: Se define como la atención odontológica otorgada a pacientes mientras están sometidos a la acción de anestésicos generales. Se registra el número de personas que son atendidas con esta modalidad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN H:

Sección H: Se debe registrar en esta sección todas las atenciones realizadas en las que se utilizan estos mecanismos de sedación y/o anestesia, especificando las técnicas de sedación y anestesia aplicadas y desagregadas por grupo etario consignado para estos fines.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN I:

Debe registrarse para la población que está en tratamiento en cada una de las Especialidades Odontológicas indicadas en el REM la siguiente información desglosada por grupo de edad y sexo, además de consignar el número total de consultas de Urgencia y de morbilidad realizadas en establecimientos de tipo secundario y terciario:

Cada consulta de especialidad debe consignar si es primera o repetida. En el caso de la primera, consignar cuando procede ingreso a tratamiento, asimismo en las repetidas, cuando se concluya el tratamiento en paralelo se consigna el alta.

Consulta de Urgencia: 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 cada vez que el paciente cumple con el criterios definidos como GES. Se deberán registrar las actividades realizadas en la atención de Urgencia GES en la Sección B.

Consulta de Morbilidad: Corresponde a una atención profesional otorgada por un odontólogo (una sesión), con el objetivo de dar solución a un problema de salud oral específico por solicitud del paciente. Esta prestación incluye anamnesis, examen, hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas. Un paciente puede recibir una o más consultas de morbilidad odontológica en un año. Se deberán registrar las actividades realizadas en la Consulta de Morbilidad Odontológica en la Sección B.

Primera Consulta en la Especialidad: Corresponde a la primera evaluación del paciente derivado a consulta de especialidad, en la cual el especialista evaluará el ingreso a tratamiento de especialidad según la pertinencia, de acuerdo a los criterios de Referencia previamente definidos. El paciente podrá tener una consulta nueva en especialidad por cada especialidad y motivo por el cual sea derivado en el año.

Ingreso a tratamiento en la Especialidad: Corresponde al paciente que inicia su tratamiento odontológico en el nivel secundario o terciario, y debe culminar en el Alta de Tratamiento de Especialidad. Se asocia al ingreso luego de a evaluación realizada en una primera consulta de un paciente que ha sido referido a especialidad (ya sea desde la red o derivado internamente desde otras especialidades)

Consulta Repetida en la Especialidad: Son las consultas de especialidad que requiere cada paciente para dar solución al problema de salud por el cual fue ingresado a tratamiento, se registra tantas veces como sesiones requiera para dar el alta.

Alta de tratamiento de la especialidad: Se registra el número de pacientes que han terminado su tratamiento de odontología de especialidad, por el cual fueron derivados. Aplica registro de alta por cada ingreso y especialidad que el usuario haya tenido en el año calendario.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN I:

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

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN J:

Aplicación de Sellantes: Es la protección específica dirigida especialmente a los molares definitivos, registrándose por cada diente sellado.

Pulido Coronario y Destartraje Supragingival: Se registra la sesión de tratamiento profiláctico de nivel primario destinada a la eliminación de la placa bacteriana, tártaro y manchas o tinciones extrínsecas de tabaco, comida, bebida o medicamentos presentes en la corona clínica del diente.

Fluoración Tópica: Es la aplicación de fluoruros realizada individual o masivamente en la superficie de los dientes, indicada por el Odontólogo, según condición de riesgo.

Educación Grupal y/o Trabajo Comunitario: Corresponde al número de sesiones educativas efectuadas a grupos específicos, en el establecimiento o fuera de él.

Educación Individual con Instrucción de Técnica de Cepillado: Registrar el número de personas a las cuales se les han educado en técnicas de higiene oral, incluyendo instrucción de técnica de cepillado y uso de seda dental.

Radiografías Intraorales (retroalveolares y bitewing): Actividad que complementa el diagnóstico clínico sobre la base de imágenes radiológicas. Registrar el número de radiografías, por placa, que tome el técnico paramédico.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN J:

Sección J: Se deben registrar todas las atenciones realizadas por Técnico Paramédico Dental y/o Higienista Dental, por el tipo de actividad que realizan y los grupos de edad y/o riesgo que existen. Estas acciones no se incluyen en la producción total que está asociada a las realizadas por Odontólogo(a).

SECCIÓN K.- GESTIÓN DE AGENDA EN CLINICAS DENTALES MÓVILES

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN K:

Corresponde al resumen de las horas odontológicas mensuales contratadas, horas disponibles mensuales de atención clínica, citas agendas y otorgadas, para las Clínicas Dentales Móviles.

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

Horas Odontológicas Mensuales Contratadas: 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.

Horas Disponibles Mensuales De Atención Clínica: Corresponde a las horas odontológicas destinadas a la atención de pacientes en atención ambulatoria primaria o secundaria, considerando consultas y controles. Debe considerar el total de horas disponible para la atención a pacientes (horario diurno y extensión horaria). No se consideran en este registro las horas indirectas destinadas a otras actividades como gestión, capacitación, docencia, etc.

Citas agendadas: Corresponde al número mensual total de citas o "cupos" de cada consulta o control disponibles para su dación a los pacientes. Cabe destacar que en una hora cronológica, pueden existir una o más tipos de consulta (ejemplo, Consulta de tratamiento y Consulta de Morbilidad).

Citas Otorgadas: Corresponde a la cita o "cupo" odontológico efectivamente utilizado en la atención de pacientes en consultas o controles. 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 no deben ser sumadas como horas ocupadas.

SECCIÓN F.1: ACTIVIDADES DE APOYO EN ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F.1:

Radiografía Extra Oral (por placa): Registrar cada examen radiográfico extra oral tomado, No incorporar en este registro la Telerradiografía, Radiografía Panorámica o TC Cone Beam.

Radiografía Oclusal (por placa): Registrar cada examen radiográfico oclusal tomado.

Telerradiografía: Registrar cada Telerradiografía tomada, sea Frontal o Lateral, Digital o Análoga.

Radiografía Panorámica (por Placa): Registrar cada Radiografía Panorámica tomada, Digital o análoga.

Tomografía Computacional Máxilo Facial Cone Beam: Registrar cada Tomografía Cone Beam tomada.

Sialografías (procedimiento): Se registra el procedimiento de inyección del medio de contraste, seguimiento y evaluación. El número de placas tomadas utilizando esta técnica diagnóstica, se registra en el rubro Radiografías Extraorales.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.11
PESQUISA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

ESTRUCTURA REM-A.11

Sección A.1: Exámenes De Sífilis Por Grupo De Usuarios (Uso Exclusivo De Establecimiento Con Laboratorio Que Procesan).

Sección A.2: Exámenes De Sífilis Por Grupo De Usuarios (Uso Exclusivo De Establecimiento Que Compran Servicio).

Sección B.1: Exámenes Según Grupo De Usuarios Por Condición De Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1y Sífilis (Uso Exclusivo De Establecimiento Con Laboratorio Que Procesan).

Sección B.2: Exámenes Según Grupo De Usuarios Por Condición De Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, HTLV 1 Y Sífilis (Uso Exclusivo De Establecimiento Que Compran Servicio).

Sección C.1: Exámenes De VIH Por Grupo De Usuario (Uso Exclusivo De Establecimiento Con Laboratorio Que Procesan).

Sección C.2: Exámenes De VIH Por Grupo De Usuario (Uso Exclusivo De Establecimiento Que Compran Servicio).

Sección D: Detección Enfermedad De Chagas En Gestantes Y Recién Nacido, Según Resultado De Exámenes De Laboratorio.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.11

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

Fuente de Información: La información de los exámenes procesados debe ser entregada por los Laboratorios que procesan estos exámenes para la red asistencial (aquellos exámenes que procesa como resultado de exámenes tomados en el mismo establecimiento y aquellos que como laboratorio de referencia de la red debe procesar) y por los establecimientos que compran servicios en el intra y extra sistema.

Aquellos establecimientos que venden servicio de procesamiento de exámenes, NO deben registrar esa producción en este REM, pues debe registrar el establecimiento que compra el servicio.

Los procedimientos "Toma de Muestra" NO deben ser registrados.

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

Glosario Común

Exámenes Procesados: corresponde al o a los exámenes procesados destinados a identificar una enfermedad específica entre individuos asintomáticos o que se encuentra bajo sospecha de padecerla.

Exámenes Reactivos: corresponde al o a los exámenes de laboratorio procesados, cuyo resultado es reactivo para la enfermedad específica

Exámenes Confirmados: Corresponde al o los exámenes específicos que confirman positivamente la enfermedad. Esta confirmación es realizada generalmente por el ISP u otros centros autorizados mediante técnicas diferentes o más complejas.

Usuario: Se refiere a cualquier persona del grupo definido de pesquisa, que se realiza un examen de detección por algún problema de salud, por indicación médica o por iniciativa propia en un establecimiento de salud. Personas en control de salud y pacientes en estado de hospitalización.

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

Donante: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud o servicio de sangre con atención de donantes, a donar sangre.

Altruista Nuevo: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que donan por primera vez o después de dos años desde su última donación.

Altruista Repetido: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que realizan donaciones al menos una vez cada 2 años, en forma libre y voluntaria.

Reposición o Familiar: Corresponde a la totalidad de exámenes realizados a donantes que están respondiendo las necesidades de sangre y/o derivados de un familiar o un amigo enfermo.

Donante de órgano y/o tejido: Se refiere a aquella persona que acude a un establecimiento de salud a donar tejidos u órganos.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos con laboratorios clínicos que están facultados para procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados. En esta sección, los laboratorios deben consignar la totalidad de exámenes procesados y reactivos, excluyendo los realizados por concepto de venta de servicios.

EXÁMENES DE SÍFILIS POR GRUPO DE USUARIOS:

Los tipos de exámenes realizados para la detección o pesquisa de personas con sífilis corresponden a los test serológicos no treponémicos clasificados en VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y RPR (Rapid Plasma Reagin). Para el grupo de "donantes de sangre" (única y exclusivamente) el algoritmo de tamizaje considera como primer examen el test de Elisa para treponema, y el VDRL/RPR como examen secundario para la definición de pacientes.

Por lo anterior, en esta sección deben registrarse exclusivamente los exámenes VDRL procesados y reactivos, en cada grupo de pesquisa, incluidos los VDRL/RPR de donantes. Aquellos establecimientos que realizan USR deben consignarlos en la columna VDRL.

Los grupos de pesquisa (usuarios) definidos son:

Gestantes primer trimestre embarazo: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de sífilis, según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

Gestantes segundo trimestre embarazo: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de sífilis según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

Gestantes tercer trimestre embarazo: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de sífilis, según norma vigente a las gestantes que cursan esta etapa del embarazo.

Gestantes trimestre embarazo ignorado: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, para pesquisa de sífilis, en el cual se desconoce o no se determinó la etapa del embarazo en curso.

Gestantes en seguimiento por diagnostico sífilis: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las gestantes diagnosticadas con sífilis (exámenes de seguimiento) independiente de la etapa o trimestre de gestación que esté cursando.

Mujeres que ingresan a maternidad por parto: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto.

Mujeres que ingresan por aborto: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a las mujeres que acuden a los servicios hospitalarios para atención por aborto.

Mujeres en control ginecológico: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de sífilis, a las mujeres que asisten a control ginecológico.

Recién nacido y lactante para detección de sífilis congénita: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a los hijos de madre con diagnóstico o sospecha de sífilis, para pesquisa de sífilis congénita.

Personas en control por comercio sexual: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) que ejercen comercio sexual.

Personas en control fecundidad: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de sífilis en las personas (hombres y mujeres) que asisten a control de fecundidad.

Consultantes por ITS: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, en las personas (hombres y mujeres) que están en control por una infección de transmisión sexual.

Personas con EMP: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa de sífilis en las personas (hombres y mujeres) en el contexto del examen de medicina preventiva.

Donantes de sangre: corresponde a los exámenes no treponémicos procesados para pesquisa de sífilis en las personas (hombres y mujeres) que donan sangre, según algoritmo.

Donantes de órganos y/o tejidos: corresponde a los exámenes procesados para pesquisa de sífilis en las personas (hombres y mujeres) que donan órganos.

Pacientes en diálisis: corresponde a los exámenes procesados para pesquisa de sífilis en las personas (hombres y mujeres) que están en diálisis.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

Se debe registrar en "procesados" el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento.

En "reactivos" se deben registrar aquellos exámenes procesados cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

SECCIÓN A2: EXÁMENES DE SÍFILIS POR GRUPO DE USUARIOS (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS QUE COMPRAN SERVICIOS).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos del sistema público, incluido APS, que compran servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de Extrasistema que se encargan de procesar exámenes y entregar resultados reactivos.

Los grupos de Usuarios son los mismos de la sección A1.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2:

Se debe registrar en "procesados" el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron comprados en el período informado. En "reactivos" se deben registrar aquellos exámenes comprados cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

SECCIÓN B1: EXÁMENES SEGÚN GRUPO DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SÍFILIS. (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIOS QUE PROCESAN).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.1:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos con laboratorios clínicos que están facultados para procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados. En esta sección, los laboratorios deben consignar la totalidad de exámenes procesados y reactivos, excluyendo los realizados por concepto de venta de servicios.

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

HEPATITIS B Y HEPATITIS C: El grupo de pruebas analíticas para los virus de la hepatitis corresponde a una serie de exámenes utilizados para detectar infección actual o previa por hepatitis B o hepatitis C. Se pueden examinar muestras de sangre para más de un tipo de virus de la hepatitis al mismo tiempo.

CHAGAS: Se refiere a los exámenes serológicos, destinados a la pesquisa de anticuerpo Anti *Tripanosoma cruzi.*

HTLV: Se refiere a los exámenes serológicos destinado a la pesquisa de infección por HTLV.

SÍFILIS: Se refiere a los exámenes para la pesquisa de anticuerpos treponémicos, realizados en el establecimiento (MHA-TP, FTA-ABS, Quimioluminiscencia, Elisa para treponema, Inmunocromatografía).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.1:

Se debe registrar en "procesados" el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento.

Para HTLV considera el test de ELISA para HTLV realizado como screening.

Para Chagas considera como screening el test de ELISA IgG para *T. cruzi.*

En "reactivos" se deben registrar aquellos exámenes procesados cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

En "confirmados" corresponde registrar aquellos casos confirmados positivos por el Instituto de Salud Pública, o el Laboratorio Reconocido durante el periodo informado.

El examen confirmatorio de enfermedad de Chagas es IFI (Inmunofluorescencia Indirecta y/o Western Blot)

En sífilis no aplica.

En HTLV los exámenes confirmatorios corresponden al resultado positivo de la prueba de inmunofluorescencia indirecta (IFI) y la reacción de la polimerasa en cadena (PCR), cuando se demuestra la presencia de anticuerpos para HTLV y se detectan las copias de ADN del HTLV respectivamente. Se realiza en el ISP cuando el tamizaje resulta reactivo.

SECCIÓN B2: EXÁMENES SEGÚN GRUPO DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE HEPATITIS B, HEPATITIS C, CHAGAS, HTLV 1 Y SÍFILIS. (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS QUE COMPRAN SERVICIO).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.2:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos del sistema público, incluido APS, que compran servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de Extrasistema que se encargan de procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados.

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

HEPATITIS B Y HEPATITIS C: El grupo de pruebas analíticas para los virus de la hepatitis corresponde a una serie de exámenes utilizados para detectar infección actual o previa por hepatitis B o hepatitis C. Se pueden examinar muestras de sangre para más de un tipo de virus de la hepatitis al mismo tiempo.

CHAGAS: Se refiere a los exámenes serológicos, destinados a la pesquisa de anticuerpo Anti *Tripanosoma cruzi.*

HTLV: Se refiere a los exámenes serológicos destinado a la pesquisa de infección por HTLV.

SÍFILIS: Se refiere a los exámenes para la pesquisa de anticuerpos treponémicos, realizados en el establecimiento (MHA-TP, FTA-ABS, Quimioluminiscencia, Elisa para treponema, Inmunocromatografía).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.2:

Se debe registrar en "procesados" el número total de exámenes, según grupo usuario, que fueron comprados en el período informado.

Para HTLV considera el test de ELISA para HTLV realizado como screening.

Para Chagas considera como screening el test de ELISA IgG para *T. cruzi.*

En "reactivos" se deben registrar aquellos exámenes procesados por compra de servicio cuyo resultado fue reactivo en el período informado.

En "confirmados" corresponde registrar aquellos exámenes procesados compra de servicio cuyo resultado es confirmado positivo por el Instituto de Salud Pública, o el laboratorio reconocido durante el periodo informado.

En HTLV los exámenes confirmatorios corresponden al resultado positivo de la prueba de inmunofluorescencia indirecta (IFI) y la reacción de la polimerasa en cadena (PCR), cuando se

demuestra la presencia de anticuerpos para HTLV y se detectan las copias de ADN del HTLV respectivamente. Se realiza en el ISP cuando el tamizaje resulta reactivo.

El examen confirmatorio de enfermedad de Chagas es IFI (Inmunofluorescencia Indirecta y/o Western Blot)

En sífilis no aplica.

SECCIÓN C1: DEFINICIÓN DE EXÁMENES SEGÚN GRUPOS DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE VIH (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS CON LABORATORIOS QUE PROCESAN)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.1:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos con laboratorios clínicos que están facultados para procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados. En esta sección, los laboratorios deben consignar la totalidad de exámenes procesados y reactivos, excluyendo los realizados por concepto de venta de servicios.

Registran también, en esta sección las maternidades que realicen Test visual o test rápido. Para estos test se utilizan kits que incluyen todos los reactivos y materiales necesarios, utilizando una técnica cuyo resultado indica la presencia o ausencia de anticuerpos anti-VIH. Estos resultados pueden ser interpretados por un profesional de laboratorio debidamente entrenado. Se utiliza para el diagnóstico de la infección por VIH en gestantes que lleguen al pre parto sin resultado de serología conocida.

Corresponde a los exámenes de detección de VIH, procesados, reactivos y confirmados según grupo de pesquisa.

Tipos de exámenes: para VIH se considera el test de Elisa u otro examen de tamizaje autorizado por ISP, o test rápidos cuando corresponda.

Exámenes procesados: corresponde al número de exámenes, que fueron procesados, durante el período informado según el grupo de usuarios. Las repeticiones propias de la técnica de screening y necesarias para obtener un resultado, no se contabilizan por si mismas ya que corresponden al procesamiento de 1 examen.

Las pruebas de identidad deben considerarse ya que corresponden a una nueva muestra.

Exámenes reactivos: corresponde al número de exámenes según el grupo de usuarios, cuyo resultado es reactivo en el nivel local. En el caso de "mujer en trabajo de parto o parto", registrar el número exámenes reactivos (sea éste test de ELISA para VIH, test rápido u otra técnica de tamizaje empleada), cuyo screening se haya efectuado durante el trabajo de parto o el parto

Los grupos de pesquisa definidos son:

Gestantes 1º examen: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las gestantes en el 1º examen, para detección del VIH.

Gestantes 2º examen: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las gestantes en el 2º examen, para detección del VIH.

Mujer en trabajo de pre- parto o parto: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente, a las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto y que se desconoce su situación serológica para VIH.

Personas en control por comercio sexual: corresponde a la totalidad de exámenes procesados según norma vigente a las personas (hombres y mujeres) en control por comercio sexual

Pacientes en diálisis: corresponde a los exámenes procesados para detección del VIH a las personas que están en diálisis

Consulta por ITS: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH, según norma vigente a las personas que están en control por una infección de transmisión sexual.

Mujeres en control de regulación de fecundidad, ginecológico, climaterio: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH a las mujeres que asisten a control de fecundidad, ginecológico, climaterio.

Nota: Aquellos exámenes solicitados por usuario se deben consignar en consulta espontanea.

Personas con EMP: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección de VIH a las personas en el contexto del examen de medicina preventiva

Personas en control de salud según ciclo vital: corresponde a la totalidad de exámenes procesados para detección del VIH, que asisten a control según ciclo vital y no consignado en las otras categorías

Nota: Aquellos exámenes solicitados por usuario se deben consignar en consulta 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.

Persona en control por TBC: corresponde a la totalidad de exámenes procesados a pacientes con diagnóstico de tuberculosis. (Al ingreso a programa de TBC)

Víctima de violencia sexual: corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personas víctimas de violencia sexual.

Personal de salud expuesto a accidente corto punzante: corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a personal de salud que han tenido un accidente corto punzante.

Consultantes por morbilidad: corresponde a exámenes de detección del VIH procesados a pacientes durante la atención de morbilidad, y no contenidas en las categorías descritas anteriormente.

Consulta espontánea: corresponde a exámenes de detección del VIH procesados por solicitud **espontánea del o la usuario/a**

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.1:

Se debe registrar en "procesados" el número de exámenes, según grupo usuario, que fueron realizados en el período informado, en el laboratorio del establecimiento, incluyendo Test visual o test rápido.
Si en alguna localidad existiese un laboratorio dependiente de una Corporación Municipal que procesara los exámenes de toda la red asistencial de la comuna, esta producción se debe registrar en el Centro de Salud más representativo de la Comuna, es decir, en el establecimiento con más población inscrita.

Las ventas de servicio de procesamiento de exámenes NO deben ser registradas en este REM, ya que el establecimiento que COMPRA SERVICIO le corresponde el registro.

SECCIÓN C2: DEFINICIÓN DE EXÁMENES SEGÚN GRUPOS DE USUARIOS POR CONDICIÓN DE VIH (USO EXCLUSIVO DE ESTABLECIMIENTOS QUE COMPRAN SERVICIOS).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.2:

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos del sistema público, incluido APS, que compran servicios de apoyo diagnóstico tanto a laboratorios de la red, como en los laboratorios de Extrasistema que se encargan de procesar exámenes, entregar resultados reactivos, y solicitar confirmación a ISP u otros centros autorizados.

Los grupos de pesquisa son los mismos de la sección C1.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.2:

Se debe registrar en "procesados" el número de exámenes, según grupo usuario, que fueron comprados en el período informado, a laboratorios externos al establecimiento.

NO CORRESPONDE REGISTRO de los exámenes de VIH procesados, reactivos y confirmados para los grupos edad de 0 a 4 y de 5 a 9 años, salvo para algunos grupos de usuarios específicos.

SECCIÓN D: DEFINICIÓN DE DETECCIÓN ENFERMEDAD DE CHAGAS EN GESTANTES Y RECIEN NACIDOS, SEGÚN RESULTADO DE EXÁMENES DE LABORATORIO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Se refiere a la detección de la infección por *T. cruzi* en la población de gestantes, parto y recién nacidos para la pesquisa oportuna de la enfermedad de Chagas Congénita.

Los grupos de pesquisa definidos son:

- Gestantes que ingresan a control Prenatal:

Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa y confirmación de la infección por *T. cruzi*, según norma vigente a las gestantes en control.

- Mujeres en trabajo de parto y aborto sin tamizaje previo a su ingreso a maternidad por parto o aborto, cualquiera sea la causa:

Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa y confirmación de la infección por *T. cruzi*, según norma vigente, a las mujeres que acuden a la maternidad para atención de parto y que se desconoce su situación serológica para Chagas.

- Recién nacidos hijos de madres con enfermedad de Chagas:

Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa y confirmación de la infección por *T. cruzi*, según norma vigente, a los recién nacidos hijos de madre con diagnóstico confirmado de infección por *T. cruzi*. Para pesquisa de Chagas congénito.

- Lactantes hijos de madres con enfermedad de Chagas:

Corresponde a la totalidad de exámenes procesados para pesquisa y confirmación de la infección por *T. cruzi*, según norma vigente, a los lactantes hijos de madre diagnóstico confirmado de infección por *T. cruzi*.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.19a
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓNDE LA SALUD Y DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

ESTRUCTURA REM-A.19a

Sección A. Consejerías

Sección A.1: Consejerías Individuales

Sección A.2: Consejerías Individuales por VIH/Sida (No Incluidas En Sección A.1)

Sección A.3: Consejerías Familiares

Sección B. Actividades De Promoción

Sección B.1: Actividades De Promoción Según Estrategias Y Condicionantes Abordadas Y Número De Participantes

Sección B.2: Talleres Grupales De Vida Sana Según Tipo, Por Espacios De Acción

Sección B.3: Actividades De Gestión Según Tipo, Por Espacios De Acción

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.19a

SECCIÓN A: CONSEJERÍAS

SECCIÓN A.1: CONSEJERÍAS INDIVIDUALES

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Definición de Consejería:

Relación de ayuda, entrega de información y educación que puede realizarse en una o más sesiones, que se desarrolla en un espacio de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto. Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada persona y tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de las potencialidades, de manera que la persona descubra y ponga en práctica sus recursos, tome decisiones en la consecución de su estado de bienestar integral. Esta intervención está dirigida a la población general y debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades de la persona.

Temáticas en las que se aplica la Consejería:

Actividad Física: corresponde al diagnóstico de los requerimientos de actividad física de una persona o grupo familiar y la orientación terapéutica para lograr niveles adecuados según sus características y condiciones, realizado por un profesional de salud.

Alimentación Saludable: corresponde a la atención terapéutica entregada por un funcionario de salud en alimentación saludable a un individuo o al grupo familiar, con el fin de motivar la

adopción de conductas alimentarias adecuadas, valorando la importancia de la alimentación y sus efectos sobre la salud.

Tabaquismo: Se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, que permite realizar una intervención específica, para cada grupo de acuerdo al diagnóstico de la etapa de desarrollo en el consumo de tabaco, según las etapas de Flay y motivación al cambio, con el objetivo prevenir, retardar la iniciación del hábito o apoyar el proceso de cesación del consumo de tabaco en adolescentes, mujeres y hombres. En la implementación de la consejería es importante considerar las diferencias de género, cultura y la etapa evolutiva, acercando el lenguaje a la realidad individual de cada persona.

Consumo de drogas: se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde indaga por el consumo de drogas y se informa y guía a consultantes, con el fin de promover hábitos saludables, prevenir el consumo de drogas, generar percepción de riesgo por el consumo, motivar el cese o la disminución del consumo, o bien fortalecer y desarrollar las herramientas para manejar riesgos de consumo.

Se incluyen como consejerías, las acciones de detección o screening, como también las intervenciones breves para reducir el consumo de drogas que puedan ser realizadas.

Reconoce el derecho de las personas a obtener información y acceso a métodos para regular su fecundidad y decidir libre y responsablemente el número de hijos, espaciamiento y momento de tenerlos, así como la promoción de la salud sexual integral, placentera, diversa, sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.

Regulación de Fertilidad: Se define como una relación de apoyo psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde se escucha, acoge, informa y guía, a adolescentes, mujeres u hombres solos o en pareja, a fortalecer su capacidad para la toma de decisiones y la adquisición y mantenimiento de conductas protectoras, informadas y responsables en relación a la elección y uso de un método anticonceptivo y protección de ITS/VIH/SIDA.

Prevención VIH e Infección de Transmisión Sexual (ITS): Es la atención en la cual, se evalúan las vulnerabilidades y riesgos personales frente al VIH y las ITS, se actualiza información y se planifican estrategias de prevención en forma personalizada. La oferta del examen de detección del VIH, y otros exámenes se realiza si los antecedentes recopilados justifican su realización.

Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis (Embarazadas): Es la atención brindada a la gestante, en la cual se entrega información clara y precisa sobre las ventajas de realizarse el examen y conocer su resultado. Se debe enfatizar la confidencialidad de la información solicitada para facilitar la evaluación de riesgos y apoyar la toma del examen para la detección del VIH y la Sífilis.

Otras Áreas: corresponde a las consejerías realizadas en otros temas de promoción de salud y estilos de vida saludable. Nota: aquí corresponde registrar las consejerías para Hepatitis B, Hepatitis C, HTLVI, Chagas y Sífilis.

Entrega de preservativos adolescentes y jóvenes en espacios amigables/diferenciados: Corresponde a la actividad en la cual se entregan preservativos con una acción educativa sobre su uso correcto, a jóvenes, tanto hombres, mujeres y personas trans para el pleno disfrute de la salud sexual, regulación de fertilidad, prevención del VIH e ITS. En el caso de la prevención de la

transmisión vertical del VIH, la entrega es sólo para las mujeres en edad fértil y sus parejas sexuales.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

Se registra la consejería por cada área descrita, según el integrante del equipo de salud que la realiza, desglosada por edad y por sexo. Así como también se registra por espacios amigables.

Las consejerías realizadas para niño(s) o niña(s) menores de 10 años, se debe registrar en la columna para ese grupo de edad y no en otra, aun cuando la consejería la reciba un adulto.

La consejería es una actividad que requiere agendarse y no son homologables a una consulta o control, así como tampoco corresponde el registro de otra actividad.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

Información y Orientación asociada al examen de detección del VIH (Consejería Pre Test VIH) Es la atención que se brinda a una persona asociada a la oferta o solicitud del examen de detección del VIH, en que se entrega información sobre el VIH/SIDA, sobre el examen y sus posibles resultados, se firma el consentimiento informado y se acuerdan los procedimientos para la entrega del resultado.

Consejería post-test VIH: es la atención que se le realiza a una persona para la entrega del resultado del examen VIH sea este negativo o positivo confirmado por el ISP, que implica un diálogo asertivo que permita a la persona comprender a cabalidad la información y el significado del resultado, e incluye la derivación a servicios de salud según la situación particular de cada persona y con el reforzamiento de conductas preventivas.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2

Las consejerías pre y post test por VIH-SIDA NO deben estar incluidas en la sección A.1. Se registran por grupo etario y sexo de la persona atendida, según donde se lleva a cabo la actividad: en Servicios de Sangre, en sala de hospitalización si la persona está hospitalizada, en atención de especialidad (CDT-CRS), en atención primaria o en otras instancias.

SECCIÓN A3: CONSEJERÍAS FAMILIARES

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.3

Es la atención al grupo familiar en la cual se entrega información adecuada para ayudarles en la toma de decisiones que implican cambios de conductas: crianza de hijos, prevención de crisis, cambio de estilos de vida, apoyo de la familia a miembro con patología crónica, etc. Esta estrategia produce un mayor empoderamiento de personas y familia en su autocuidado, pero no desestima la importancia de la Educación para la salud como otra estrategia complementaria.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.3

Se registra la consejería realizadas a las familias según tema prioritario descrito en REM. La sección se registra el número de consejería familiar en promoción de la salud, según el área descrita en la misma.

El Número de consejerías según Sexo, no debe ser diferente al total.

Las consejerías realizadas en espacios amigables NO pueden ser mayores que el Total de Consejerías.

SECCIÓN B. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN

SECCIÓN B1: ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN SEGÚN ESTRATEGIAS Y CONDICIONANTES ABORDADAS Y NÚMERO DE PARTICIPANTES

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.1

Eventos Masivos: Actividades masivas que reúnen 50 o más personas con participación del equipo de salud, de usuarios, comunidad y/o miembros de instituciones de otros sectores, para difundir, comunicar o practicar conductas saludables en algunas o varias de las condicionantes.

Reuniones de Planificación Participativa: Instancias en la cual un grupo formado por representantes del equipo de salud, de la comunidad y de las instituciones públicas y/o privadas, se reúnen con el fin de identificar, priorizar problemas de salud y jerarquizar necesidades con el fin de contribuir a la elaboración de proyectos específicos que tienden a mejorar la situación detectada.

Jornadas y Seminarios: Técnicas de aprendizaje, donde varias personas realizan sesiones de trabajo y/o discusión bibliográfica sobre un tema determinado. Pueden ser presentaciones temáticas a cargo de expertos. Esta actividad se homologa a la capacitación.

Educación Grupal: Es una actividad formativa de al menos treinta minutos y máximo tres horas, destinada a incrementar los conocimientos, identificar recursos, desarrollar habilidades y destrezas de las personas para incorporar conductas saludables destinadas a mejorar la calidad de vida.

Estrategias de Promoción: También definidas como Espacios o Líneas de Acción, corresponde a un entorno social específico en que se abordan las condicionantes de la Promoción de la Salud, es decir Establecimientos de Educación Promotores de Salud (EEPS), Lugares de Trabajo Promotores de Salud (LTPS) y Comunas, Comunidades y Entornos Promotores de Salud (CCPS). Se incluye como estrategia a los grupos de Adolescentes y Jóvenes (10 a 24 años).

Condicionantes de Promoción (Abordadas): Son todos aquellos factores o características tanto de las personas y sus conductas, como del entorno o del ambiente, que estén asociados a la protección o al riesgo para la salud de las personas.

Actividad Física: Corresponde a aquellas actividades de promoción realizadas por el equipo de salud que estimulan y fomentan la actividad física, la vida al aire libre, como factor protector de la salud, con público mayor de 20 personas como beneficiarios directos.

Alimentación: corresponde a las actividades relacionadas con alimentación saludable y etiquetado nutricional, tales como exposiciones, mesones saludables, ferias y otros similares.

Ambiente Libre de Humo de Tabaco: corresponde a las actividades destinadas a generar ambientes libres del humo de tabaco, en hogares, escuelas, oficinas, grupos comunitarios, deportivos, instituciones, empresas, etc. que pueden concluir en una acreditación como ambientes libres del humo de tabaco o solo informar y sensibilizar al grupo objetivo.

Factores Protectores Psicosociales: corresponde a las intervenciones que apuntan al manejo del estrés, desarrollo de habilidades para la vida, y cambios actitudinales y comporta mentales, que favorezcan la participación y la construcción de redes sociales así como intervenciones colectivas que potencien un entorno que fomente la justicia social, la existencia de apoyo social y la participación de las personas en las decisiones acerca de su propia salud y su propia vida.

Factores Protectores Ambientales: corresponde a las intervenciones relacionadas con la preservación y el cuidado del medio ambiente y la naturaleza, el uso racional de los recursos energéticos, la polución de los recursos hídricos, la perdida de agua, la disposición de las basuras, los procesos de reciclaje, la eliminación de micro basurales, orientadas a controlar y disminuir la contaminación de aire, tierra, agua y de todo elemento de la naturaleza que comprometa la salud del ser humano y la calidad de vida de la población.

Actividades de Promoción de DDHH: corresponde a las actividades que se realizan con la comunidad a objeto de dar a conocer y promover los derechos de las personas y el Programa PRAIS.

Salud Sexual y Prevención de VIH/SIDA e ITS: Corresponden a las acciones desarrolladas para la promoción de la Salud Sexual integral y placentera, las conductas sexuales seguras, el fomento la prevención del VIH/ y las ITS, así como para contribuir a la adherencia a los controles preventivos y educación a las gestante y sus parejas en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis.

Determinantes Sociales: son las acciones realizadas por determinados grupos sociales, como Donación Altruista o repetida de Sangre y el Programa Chile Crece Contigo.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.1

Eventos masivos: se registra la actividad desarrollada en la fila de la estrategia correspondiente, según la condicionante abordada y el número de participantes.

En reuniones de planificación participativa, se registra las estrategias de promoción que se privilegien en la actividad, las condicionantes abordadas, el total de reuniones de planificación realizadas con el público de la estrategia involucrada, y el número de participantes.

Jornadas y Seminarios: se registra la actividad, independiente del tipo de actividad realizada y del tiempo empleado, esto es que si una capacitación dura un día completo, se debe registrar sólo una actividad, indicando la estrategia privilegiada, los componentes abordados y el número de participantes.

Educación Grupal: se registra la estrategia de promoción seleccionada, la o las condicionantes abordadas, el total de educaciones grupales realizadas, y el número de participantes.

Actividad Física: se registra el total de actividades deportivas y recreativas realizadas con la comunidad según el número de participantes.

Alimentación, ambiente libre de humo, factores protectores psicosociales y ambientales, Derechos Humanos, Salud Sexual y Prevención del VIH/SIDA e ITS, Donación Altruista o repetida de Sangre. Se registra la estrategia o espacio en que se realizó la actividad y el número de participantes.

Para la totalidad de las actividades de promoción de la sección B. Independiente si participan dos o más profesionales, se debe registrar como una sola actividad, ya que el grupo es el mismo y la actividad se desarrolla en un tiempo estadístico.

No corresponde sumar las Condicionantes Abordadas y los Determinantes Sociales, ya que son actividades distintas.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.2

Son actividades sistemáticas grupales para fortalecer y desarrollar conductas de autocuidado y estilos de vida saludable en los asistentes y su grupo familiar. Se utilizan metodologías participativas, con dinámicas grupales, privilegiando el aprendizaje desde lo emocional y afectivo por sobre lo cognitivo o intelectual.

Los talleres específicos en Promoción de la Salud son "Autoestima y Autocuidado", "Mente Sana y Cuerpo Sano", "Comunicación" y "Yo me Cuido" Control del Tabaco que se agrupan en las "Consejerías de Vida Sana" (Ref. "Consejería en Vida Sana" Manual de Intervenciones Promocional en Centros de APS. Ord. 15AC Nº 5435 del 08/10/2004. Pág. Web minsal/vida sana). Otros tipos de talleres: este ítem se utiliza para registrar talleres realizados en otros temas de autocuidado, vida sana o estilos de vida saludable.

Espacio Amigable: Se definen, como espacios físicos agradables, atractivos y cercanos a los/las adolescentes, con características que aseguren su accesibilidad, en cuanto a horarios diferidos de atención, tiempos de espera, gratuidad, respetando la cultura, la diversidad y sin discriminación, facilitando además la participación de adolescentes y su empoderamiento. Con profesionales que tengan competencias para la atención de esta población

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.2

Se registra la estrategia o espacio en que se realizó y los tipos de talleres grupales realizados.

SECCIÓN B3: ACTIVIDADES DE GESTION SEGÚN TIPO, POR ESPACIO DE ACCIÓN

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.3

Se refiere a las acciones de apoyo necesarias para el desarrollo de las actividades en cada estrategia o línea de acción. Incorpora acciones de instalación y/o fortalecimiento de la Promoción de la Salud tales como la comunicación y difusión, abogacía, capacitación. Estas actividades se pueden realizar antes o después del evento mismo.

Reuniones de Gestión: Sesiones de más de 60 minutos, en la que participa uno o varios funcionarios del equipo de salud y miembros del intersector y/o comunidad con el fin de organizar, planificar, o coordinar alguna actividad de promoción.

Reuniones Masivas de Gestión: se refiere a la actividad en la cual uno o más de los funcionarios del equipo de salud se reúnen con 25 o más personas de la comunidad y/o Intersector para la abogacía y difusión de las actividades de promoción. Se recomienda tomar acta de la reunión y asistencia con nombre y firma.

Acciones de Comunicación y Difusión: son acciones de planificación, implementación, validación, coordinación, análisis o evaluación de soportes comunicacionales, así como reuniones con comunicadores, publicistas, diseñadores y otros relacionados con estas actividades.

Preparación de Actividades Educativas: Se refiere a actividades de más de una hora de duración, desarrolladas por uno o más integrantes del equipo de salud, destinadas a la preparación y

programación de instancias de capacitación y educación en temas de promoción de Salud y Participación Ciudadana.

Entrevistas: Es la instancia en que uno o más funcionarios del equipo de salud se reúnen con una o más personas o autoridades comunales o regionales claves a fin de llegar a acuerdos de colaboración en torno a temas que afectan las acciones de Promoción de Salud y Participación Ciudadana.

Investigación y Capacitación del RRHH: son actividades realizadas por el equipo de salud orientada a generar información de la gestión e impacto de las acciones de Promoción en la población. Además se incorporan las actividades destinadas a informar, analizar, evaluar, estudiar y auto capacitarse en forma metódica y sistemática en temas de promoción.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.3

En reuniones de gestión se registra la estrategia o espacio sobre la cual se trabajó.

En acciones de comunicación y difusión se registra el número de reuniones, de duración mayor a una hora y la estrategia o espacio sobre la cual se trabajó. En preparación de actividades educativas, se registra la estrategia o espacio sobre la cual se trabajó. En entrevistas se registra la estrategia o espacio sobre la cual se trabajó.

En investigación y capacitación del RRHH se registra el número de sesiones de más de una hora de duración, y las estrategias o espacios sobre la cual se trabajó prioritariamente.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.19b
ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

ESTRUCTURA REM-A.19b

Sección A: Atención Oficinas De Informaciones (Sistema Integral De Atención A Usuarios).

Sección B: Actividades Por Estrategia/Línea De Acción O Espacio / Instancia De Participación Social.

Sección C: Reuniones De Adulto Mayor.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.19b

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Oficinas de información, reclamos y sugerencias: Son espacios de atención y participación ciudadana en los servicios públicos que facilita el acceso de la población a la información, entrega atención oportuna, clara, transparente y de calidad a todas las personas sin discriminación, permite establecer coordinación con otras reparticiones públicas y recibe y gestiona todas las solicitudes ciudadanas, constituyéndose en un espacio de participación.

Se realizan actividades como Atención de público, gestión de reclamos y sugerencias, supervisión de funcionamiento de las OIR, análisis de la información registrada en las OIR y otros.

Reclamo: es aquella solicitud en donde el ciudadano exige, reivindica o demanda una solución a una situación en que considera se ha vulnerado sus derechos ciudadanos en salud. Ej.: calidad de atención, acceso, cobertura financiera, prestación indebida de un servicio sanitario, la atención inoportuna de una solicitud, etc.

Los reclamos se clasifican en:

Trato: Se consideran en esta categoría todos aquellos reclamos de usuarios que se refieran a la actitud de los funcionarios del establecimiento, en relación al trato, lenguaje, respeto a la privacidad y confidencialidad, identificación de los funcionarios, acogida, atención, entrega de información y comunicación.

Competencia Técnica: Se consideran dentro de esta categoría todos aquellos reclamos de usuarios relacionados con los procedimientos técnicos o decisiones adoptadas por cualquier integrante del equipo de salud en relación a la patología consultada o en tratamiento. Es importante señalar que esto no implica un juicio o auditoria del actuar del equipo de salud, aunque sí en determinadas situaciones puede dar origen a ella, sino que simplemente estamos aceptando que desde el punto de vista del usuario o su familia, con la información que tiene disponible y según su propia percepción, está disconforme con las acciones emprendidas por el equipo de salud.

Infraestructura: Se consideran en este rubro todos aquellos reclamos que realicen los usuarios referentes a las condiciones estructurales y del ambiente del establecimiento de salud con relación a: accesos, condiciones de seguridad del establecimiento en relación a emergencias, condiciones de mantención de equipos, condiciones de salas de espera, baños públicos, etc., condiciones de temperatura y ventilación, condiciones higiénicas y estéticas de los edificios, patios y jardines, comodidad y seguridad de camas, cunas y camillas de traslado, condiciones de comodidad para los familiares de los pacientes hospitalizados, seguridad de las pertenencias de los pacientes y familiares.

Tiempo de Espera (en sala de espera): Se consideran en este ítem todo tipo de reclamos relacionadas con Tiempos de espera en Salas de espera (urgencia, consultas médicas, farmacia, laboratorio, Imagenología, etc.)

Tiempo de Espera por consulta especialidad (Lista de Espera): Se consideran en este ítem todo reclamo relacionado con Tiempos de espera para una consulta por especialista.

Tiempo de Espera por cirugía (Lista de Espera): Se consideran en este ítem todo reclamo relacionado con Tiempos de espera para una Intervención Quirúrgica.

Información: Se considera en este rubro aquellas opiniones relacionadas con la transmisión de información y acciones comunicacionales del equipo de salud con los usuarios, tanto respecto a los contenidos como a la forma utilizada en la entrega de la información. Deberán considerarse elementos como el lenguaje, oportunidad, comprensión, capacidad de respuesta a los requerimientos del usuario considerando las características personales del individuo y su condición de salud.

Considera además, el Consentimiento Informado y el derecho a que el paciente y familia directa, puedan obtener los datos que requieren de la Ficha Clínica.

Procedimientos Administrativos: Se clasificarán dentro de esta categoría, todos los reclamos de los usuarios relacionados con procesos, procedimientos o funcionamiento administrativo del establecimiento, como los siguientes: procesos de admisión y recaudación, procedimientos o trámites durante la estadía en la institución, funcionamiento del establecimiento con relación a horarios de atención, procedimientos administrativos al egreso, procedimientos de referencia y/o derivación. En general, todo proceso que involucre el funcionamiento de la Organización.

Probidad Administrativa: Se entenderá por Probidad Administrativa el actuar honradamente en el cumplimiento de las actividades funcionarias, principio que puede deteriorarse o dañarse por acciones deshonestas.

Se clasificarán dentro de esta categoría todos aquellos reclamos relacionados con los procedimientos o decisiones adoptadas por cualquier integrante del equipo de salud con relación a la dignidad en el desempeño de su cargo.

Es importante destacar que al clasificar un reclamo en esta categoría sólo se está aceptando que desde el punto de vista del usuario, con la información que posee y desde su propia percepción, está disconforme con la actitud, procedimiento o acción que ha efectuado ese o esa funcionario/a. Esto no implica un juicio o 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).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Se registrarán las actividades de atención en las Oficinas de informaciones, tales como reclamos, consultas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes; los reclamos que se presenten en relación al servicio al cual pertenece la oficina o respecto de alguno de sus funcionarios, que expresen cualquier tipo de irregularidad que afecte los intereses del usuario, las consultas en relación a la entrega de información y orientaciones al usuario acerca del establecimiento en el que se encuentra, respecto de sus funciones, su organización, igualmente con respecto a los plazos, documentos y formalidades requeridos para acceder en forma expedita y oportuna a las diversas prestaciones, las sugerencias que los presenten para mejorar el funcionamiento de ese servicio o repartición, las felicitaciones recibidas. Se registrará los reclamos, consultas, sugerencias, felicitaciones y solicitudes realizadas en el mes, diferenciadas por sexo de la persona que lo plantea.

Se debe registrar:

El número de "respuestas del mes entregadas dentro de los plazos legales (15 días hábiles)" de reclamos generados en el mes y reclamos generados en el mes anterior.

El número de "reclamos respondidos fuera de los plazos legales", (superior a 15 días), en el mes informado.

El número de "reclamos pendientes" de respuestas pendientes dentro del plazo legal y respuestas pendientes fuera del plazo legal.

En "reclamos pendientes, respuestas pendientes dentro del plazo legal", se registra el número de reclamos según tipo, que son recepcionados en el establecimiento durante el mes, pero quedan pendientes para su resolución al mes próximo, por encontrarse dentro del plazo legal estipulado (15 días hábiles). Ej. Un reclamo por trato recepcionado el día 25 de Febrero, tiene plazo para ser respondido con solución hasta el 18 de Marzo. Este reclamo quedará registrado en las estadísticas del mes de Febrero como "reclamo pendiente dentro del plazo" y en las estadísticas del mes de Marzo de ser respondido se registrará como "respuesta del mes dentro de los plazos legales, reclamos generados en el mes anterior".

En "reclamos pendientes, respuestas pendientes fuera del plazo legal", se registra el número de reclamos según tipo, que siguen estando pendiente en el mes del informe, pero ya se cumplió el plazo legal para dar respuesta con solución (superior a 15 días hábiles).

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B

Actividades de trabajo comunitario e intersectorial: Es un conjunto de actividades programadas que realiza el equipo de salud en conjunto con la comunidad, sus organizaciones y/o con instituciones de distintos sectores , destinadas a desarrollar distintas estrategias y espacios de participación que contribuyan a la identificación de problemas, necesidades y expectativas de la población, concertar recursos e implementar iniciativas que permitan abordarlos en forma conjunta e integral y que apunten al mejoramiento de la atención en salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidad.

Clasificación de las Actividades:

Actividades de administración y /o gestión: Son todas aquellas actividades como registro de información, preparación de reuniones y actividades, revisión bibliográfica, reuniones de equipo, espacios de reflexión, coordinaciones telefónicas, revisión y respuesta de correos electrónicos, lectura de documentos, estudio de temas, entre otros.

Entrevista: Corresponde a una interacción donde se comparte información entre uno o más representantes del equipo de salud y representantes de la comunidad o de alguna institución con un objetivo previamente establecido (no incluye la atención directa a usuarios).

Reuniones de coordinación y trabajo en el intrasector: Se refiere a la instancia de intercambio de información, ideas y opiniones para el diseño, planificación, monitoreo y evaluación de diversas acciones y tareas conjuntas de los diversos actores del sector salud.

Reuniones de coordinación y trabajo intersectorial: Se refiere a la instancia de intercambio de ideas y opiniones y de coordinación a nivel local donde se interrelacionan los actores del equipo de salud, la comunidad organizada e instituciones estatales o privadas para potenciar su quehacer y desarrollar acciones conjuntas en pro de objetivos comunes.

Actividades de Monitoreo: Corresponde a todas las acciones con fines de monitorear y evaluar la implementación de las diversas estrategias de participación, incluye además, el levantamiento de información, análisis de información, diseño de instrumentos.

Asesoría Técnica: Se refiere tanto las acciones de capacitación, formación y entrega de orientaciones técnico - metodológicas que permiten desarrollar competencias y habilidades como las acciones de supervisión destinadas a acompañar y orientar los procesos de implementación de las estrategias de participación social, de acuerdo a lo planificado.

Jornadas de intercambio de experiencias: Son todas aquellas acciones que contribuyen al intercambio de experiencias de participación social que generan espacios de aprendizaje, reflexión y capacitación de las personas. Pueden ser Seminarios, Jornadas, Pasantía u otra.

Actividades de difusión y comunicación social: Es el conjunto de acciones que tienen como objetivo entregar información general o contenidos educativos específicos en forma masiva a través de distintos medios de comunicación escrita o audiovisual. Ej.: perifoneo, volanteo, plazas ciudadanas, otros.

Educación y Capacitación Comunitaria: Es una técnica formativa de carácter grupal y comunitario que tiene como objetivo el desarrollo de habilidades o destrezas que contribuyan a la promoción, prevención, recuperación de su salud, como también al desarrollo de capacidades para la participación activa en el diagnóstico, ejecución y evaluación de acciones e iniciativas de salud, protección de derechos y ejercicio de ciudadanía activa, mediante seminarios, talleres, capacitación.

Eventos masivos: Son aquellas actividades de carácter masivo con asistencia de usuarios representantes del nivel local tanto institucionales como de la sociedad civil para sensibilizar, difundir, comunicar, consultar, intercambiar información, realizar actividades de recreación social, culturales, deportivas u otras que apunten a mejorar la calidad de la atención y situación de salud de la población. A través de Asambleas, Cabildos, plazas ciudadanas, actividades culturales, deportivas o recreativas, caminatas, otras.

Actividades Pueblos indígenas: Son todas aquellas actividades que realizan los profesionales y técnicos de los equipos de salud incluidos los facilitadores interculturales, que involucran a personas, familias, comunidades, grupos y/o asociaciones indígenas pertenecientes a los 9 pueblos indígenas reconocidos por la Ley Indígena Nº 19.253: aymará, quechua, atacameño, diaguita, colla, rapanui o pascuense, mapuche, kawashkar o alacalufe, y yámana o yagan.

Actividades de Participación social por técnico paramédico: los Técnicos paramédicos realizan ciertas actividades que tienen por fin incluir en la implementación y ejecución de estrategias para mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida

Clasificación de los Espacios o las Instancias de participación:

Consultas ciudadanas: Espacios de consulta ciudadana sobre temas vinculados con la salud que requieren contar con información acerca de la opinión de la ciudadanía, apoyo y legitimidad social.

En general se realizan actividades como: paneles ciudadanos, grupos focales, cabildos, encuestas, espacios abiertos y diálogos sociales.

Consejos Consultivos, de Desarrollo y Comités Locales: Son instancias creadas con el objeto de facilitar el control social de la gestión pública, contribuir al buen funcionamiento de la Red Pública de Salud y dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios. Se realizan actividades como: paneles ciudadanos, grupos focales, cabildos, encuestas, espacios abiertos, diálogos sociales.

Mesas Territoriales: Instancia de trabajo conjunto asociada a un territorio delimitado como una micro red local, red de Servicio de Salud o la comuna para el intercambio de información, ideas y opiniones para el diseño, planificación, monitoreo y evaluación de diversas acciones y tareas conjuntas relacionadas con el funcionamiento, articulación de la red de salud, conformación y funcionamiento de redes de protección social, articulación de políticas locales en bien de la salud, entre otros.

Las actividades que implica son: convocatoria de las y los actores de la micro red a incorporar en la mesa, reuniones de las Mesas Territoriales, acciones derivadas de los acuerdos de las Mesas Territoriales, redacción de Actas de acuerdos o Informes.

Mesas/Diálogos Tripartitos: Instancia de trabajo conjunto entre directivos, equipo de salud y la comunidad organizada para el intercambio de información, ideas y opiniones para el diseño, planificación, monitoreo y evaluación de diversas acciones y tareas conjuntas vinculadas con objetivos e intereses comunes. Implica actividades como: convocatoria de las y los actores a incorporar en la mesa, reuniones de las Mesas Tripartitas, acciones derivadas de los acuerdos de las Mesas tripartitas, redacción de Actas de acuerdos o Informes.

Mesas de Salud Intercultural: La interculturalidad en salud define en cierta forma la complementariedad de sistemas médicos, lo que no constituye una relación obligada ni se espera que sea de manera simultánea. Estas mesas son una instancia formal de participación cuyo fin es profundizar la participación de los pueblos indígenas en la gestión de las políticas públicas. Es labor de la SEREMI, promover, convocar y coordinar las mesas regionales y su vinculación con el intersector. La complementariedad solo será posible en la medida que se produzca un acercamiento entre los sistemas; esto mediante la creación de estrategias entre los equipos de salud con el trabajo que realizan los especialistas de la medicina indígena.

En el caso que las mesas sean provinciales y comunales, son responsabilidad de los Servicios de Salud y responden a instancias que favorecen la participación de los indígenas en la planificación, implementación y evaluación de estrategias destinadas a mejorar el estado de salud, accesibilidad, calidad y pertinencia de las acciones sanitarias orientadas a esta población.

Es decir, la complementariedad solo será posible en la medida que se produzca un acercamiento entre los sistemas; esto mediante la creación de estrategias entre los equipos de salud con el trabajo que realizan los especialistas de la medicina mapuche.

Mesas de Salud Intercultural: La interculturalidad en salud define en cierta forma la Complementariedad de sistemas médicos, lo que no constituye una relación obligada ni se espera que sea de manera simultánea.

Clasificación de Estrategias y espacios de participación:

Rendición de cuentas (Cuentas Públicas): La cuenta pública es una herramienta de democratización de la información en salud y de transparencia de la gestión pública. Da cuenta de los logros en materia sanitaria, inversiones y mejoras en la gestión de los Servicios de Salud y establecimientos de la Red Asistencial. Considera actividades como:

- Reuniones de coordinación entre Directivos, Representantes del Equipo de salud y los Dirigentes de la Comunidad Organizada para la preparación y análisis de la Cuenta.
- Convocatoria a comunidad, autoridades locales, representantes de instituciones a ceremonia de entrega de la Cuenta Pública
- Entrega de la Cuenta Pública a la comunidad en general.

Presupuesto Participativo: Es un proceso deliberativo en el que la ciudadanía decide sobre el uso de los recursos públicos en Salud, y desarrolla un control y seguimiento de la ejecución presupuestaria, sustentado en la transparencia de la gestión pública y en el ejercicio democrático.

El proceso de implementación requiere desarrollar una serie de actividades como:

- Reuniones de trabajo del equipo de salud
- Reuniones de trabajo con representantes de la comunidad territorial
- Jornadas de capacitación en la metodología de presupuestos participativos
- Actividades de difusión
- Convocatoria a delegados territoriales
- Asambleas territoriales para la generación de propuestas y votación
- Reuniones de análisis de factibilidad de las propuestas
- Ceremonia de entrega de propuestas seleccionadas por parte de los delegados territoriales.
- Evaluación y sistematización.

Satisfacción Usuaria: 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 Usuaria, aplicación de encuestas y cuestionarios, grupos focales, usuario incógnito, encuestas telefónicas y el análisis de la información y elaboración de recomendaciones.

Corresponsabilidad en Salud: La corresponsabilidad en salud pretende fortalecer los vínculos entre el equipo de salud y organizaciones comunitarias a través de estrategias de trabajo conjunto entre ambos actores sociales, como el reconocimiento y visibilización de las competencias de las organizaciones comunitarias, la formalización del trabajo colaborativo y el apoyo financiero a diversas propuestas y actividades de estas organizaciones.

Humanización de la Atención: Son aquellas acciones o actividades orientadas al logro de una atención en salud humanizada y a una mejoría en el trato al usuario, tales como: apoyo a la participación de padres en el parto, extensión del horario de visita diaria, aplicación del consentimiento informado, participación de la familia en la alimentación de personas hospitalizadas, coordinación de actividades vinculadas a la asistencia espiritual a las personas y sus familias, hospitalización pediátrica y de adultos mayores, organización de biblioteca móvil, información y difusión sobre derechos de las personas, entre otras.

Planificación Local Participativa: Corresponde a la instancia en la cual un grupo formado por representantes del equipo de salud, de la comunidad y de instituciones públicas y privadas se reúnen con el fin de identificar, priorizar problemas y jerarquizar necesidades con el fin de contribuir a la elaboración del Plan de Salud del establecimiento y de la comuna, y a proyectos específicos que tiendan a mejorar la atención y situación de salud de la población.

Se desarrollan actividades como reuniones con directivos, equipo de salud, la comunidad organizada y representantes de instituciones públicas y privadas para el desarrollo de las siguientes etapas del proceso de planificación local: Diagnóstico participativo, Programación conjunta, Ejecución Conjunta, Evaluación participativa y Sistematización.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Debe ser registrada por los convocantes en calidad de organizadores.

SECCIÓN C: REUNIONES DE ADULTO MAYOR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Reunión Clínica: es la actividad realizada por médico, enfermera y los integrantes del equipo de salud que atienden al adulto mayor, con la finalidad de analizar los casos de adultos mayores frágiles que pese a su tratamiento no mejoran su descompensación, y en conjunto elaborar una estrategia común de manejo integral del paciente, con el fin de evitar que la persona pierda autovalencia y pase al grupo de adulto mayor dependiente.

Reuniones Clínicas con instituciones de larga estadía: son actividades realizadas por los integrantes del equipo de salud, con representantes de las instituciones de larga estadía que atienden a adultos mayores adscritos a la jurisdicción territorial del establecimiento, con el propósito de preparar en conjunto las estrategias que permitan mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Se registra el número de reuniones realizadas en el mes informado y el número total de casos analizados, a objeto de evitar duplicación de registros. En el informe diario debe ser registrada esta actividad por el profesional que lidera dicha reunión, el resto de los profesionales participantes sólo consignarán el tiempo ocupado.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.21
PABELLONES QUIRÚRGICOS Y OTROS RECURSOS HOSPITALARIOS

ESTRUCTURA REM-A.21

Sección A: Capacidad Instalada Y Utilización De Los Pabellones Quirúrgicos.

Sección B: Procedimientos Complejos Ambulatorios.

Sección C: Hospitalización Domiciliaria.

Sección C.1: Personas Atendidas En El Programa.

Sección C.2: Visitas Realizadas.

Sección D: Hospital Amigo.

Sección D.1: Acompañamiento A Hospitalizados.

Sección D.2: Información A Familiares De Pacientes Egresados.

Sección E: Apoyo Psicosocial A Niños (As) Hospitalizados.

Sección F: Gestión De Procesos De Pacientes Quirúrgicos Con Cirugía Electiva.

Sección G: Gestión De Pabellón (Cirugía Electiva-Institucional).

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.21

SECCIÓN A: CAPACIDAD INSTALADA Y UTILIZACIÓN DE LOS PABELLONES QUIRÚRGICOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Pabellón Quirúrgico: Se entiende por pabellón quirúrgico o quirófano al recinto de uso restringido que cuenta con instalaciones, anexos, equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes para ejecutar la actividad quirúrgica y las acciones de anestesia y reanimación post operatoria a pacientes hospitalizados, ambulatorios y de urgencia.

El pabellón incluye, entre otros elementos, los siguientes:

- Mesa quirúrgica
- Equipos de iluminación de emergencia
- Calefacción y aire acondicionado
- Unidad o sala de recuperación post anestésica
- Máquinas de anestesia y equipos de intubación traqueal
- Equipos varios (ejemplos: control cardiorrespiratorio, resucitadores, de ventilación mecánica, etc.).
- Insumos y elementos
- Gases
- Anestesia

- Medicamentos específicos

Se incluyen los pabellones destinados a Cirugía Electiva, Urgencia, Obstétricos e Indiferenciados, entendiéndose por estos últimos los que se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia.

Número de Pabellones: Corresponde a la cantidad de pabellones asignados al establecimiento por la autoridad competente, instalados y dispuestos para realizar cirugía mayor y que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. El número de pabellones no es afectado por fluctuaciones temporales, es decir cierres transitorios por mantención de éstos u otras causas.

Número de Pabellones en trabajo: Corresponde al Número (entero) de Pabellones utilizados en cirugía mayor y que se ven afectados por fluctuaciones temporales (RRHH, Equipamiento, estacionales

Horas Mensuales Disponibles: Corresponde a las horas mensuales de los pabellones en trabajo que se encuentran en condiciones de uso para realizar cirugía mayor. Estas se encuentran asociadas al número de pabellones disponibles "en trabajo" por lo que considera factor de recurso humano, equipamiento y cambios estacionales.

No se considera pabellón disponible, en el mes, el que se encuentra inhabilitado para su uso en dicho período.

En pabellones destinados a realizar intervenciones quirúrgicas electivas, en general, corresponde estar disponibles a lo menos ocho horas diarias. En pabellones de urgencia, obstétricos e indiferenciados la disponibilidad debería ser de 24 horas diarias.

Horas Mensuales de Preparación: Corresponde a las horas mensuales ocupadas destinadas a la mantención y desinfección del pabellón.

Horas Mensuales Ocupadas: Se refiere al total de horas mensuales ocupadas en los pabellones en trabajo; es decir que se encuentran en condiciones de uso para realizar cirugía mayor.

Horas Mensuales Ocupadas (intervención) en Beneficiarios: Corresponde a las horas ocupadas en intervenciones quirúrgicas efectuadas a pacientes beneficiarios. Las horas ocupadas en intervenciones quirúrgicas a este tipo de pacientes, pueden ser utilizadas por cirujanos que cumplen su horario normal de contrato en el establecimiento o cirujanos a contratados a honorarios (suma alzada, compra de servicio, consultoría de llamada).

Nota: Para calcular el porcentaje de Utilización de Pabellón, son contempladas aquellas Horas Mensuales Ocupadas más Horas Mensuales de Preparación.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registra el número de pabellones de dotación y los en trabajo según tipo, correspondiente a pabellón de cirugía electiva, urgencia, de obstetricia e indiferenciado. Los pabellones obstétricos deben ser informados sólo cuando éstos se encuentran físicamente separados del resto y son utilizados exclusivamente por la especialidad respectiva.

En Horas Disponibles se registra el número Total de horas (beneficiario y no beneficiario) y el número de horas disponibles que se utilizan sólo en beneficiarios. Este registro es responsabilidad de la Unidad de Pabellón y deberá ser entregado a la Unidad de Estadística en el plazo establecido.

En Horas de Preparación se registra el número de horas ocupadas en preparar el pabellón para una nueva cirugía (desinfección, limpieza de instrumental, etc.). Este registro es responsabilidad de la Unidad de Pabellón y deberá ser entregado a la Unidad de Estadística en el plazo establecido.

En Horas Ocupadas (intervención) se registra las horas efectivamente ocupadas para la totalidad de las intervenciones quirúrgicas realizadas en los pabellones quirúrgicos del establecimiento, incluyendo a beneficiarios y no beneficiarios. Este registro es responsabilidad de la Unidad de Pabellón (fuente de datos son los protocolos operatorios) y deberá ser entregado a la Unidad de Estadística en el plazo establecido.

En Horas Ocupadas en Beneficiarios se registra el número de horas utilizadas en cirugías a pacientes beneficiarios, desglosada por:

Total: En esta columna se deberá registrar las horas ocupadas para la totalidad de las intervenciones quirúrgicas realizadas en los pabellones quirúrgicos a beneficiarios.

Con cirujanos en su horario normal: En esta columna se registrarán las horas ocupadas en intervenciones quirúrgicas realizadas a beneficiarios por cirujanos que cumplen su horario normal de contrato.

Con cirujanos a honorarios: En esta columna se registrarán las horas ocupadas en intervenciones quirúrgicas realizadas a beneficiarios por cirujanos contratados en modalidades de contratos a honorarios a suma alzada, consultorías de llamada o compra de servicios.

SECCIÓN B: PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS AMBULATORIOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Corresponde a las instalaciones del establecimiento destinadas a tratamientos terapéuticos realizados a pacientes en forma ambulatoria, es decir que no utilizan camas de hospitalización.

Esta sección se refiere a la modalidad de atención "Hospital Diurno", la cual se entiende como un tipo de atención que brinda apoyo al usuario sobre la base de la concurrencia de éste al hospital, de manera de recibir en sus dependencias algunos tratamientos durante todo el día, pero que no requieren que la persona permanezca en el recinto ocupando una cama.

Se pueden incluir en esta modalidad las unidades de diálisis, de quimioterapia, de cirugía mayor ambulatoria, coronariografía, hospital de día de salud mental, etc.

Recurso Disponible: Se refiere al número de camas propiamente tal (no hospitalaria), divanes, sillones tipo bergere o camillas de observación asignado al establecimiento por la autoridad competente, instalados y dispuestos para realizar, en forma ambulatoria, procedimientos terapéuticos complejos y que funcionan regularmente en períodos de actividad normal.

Ingresos: Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a la atención de algún tratamiento o procedimiento ambulatorio complejo, se considerarán también como ingreso a las personas, que luego del alta deben volver a realizarse algún tratamiento o procedimiento.

Personas Atendidas: Se refiere al número de personas que son atendidas o que recibieron la atención especializada en las distintas Unidades.

Días Personas Atendidas: Corresponde al número de días por persona que se atendieron en alguna Unidad de procedimientos. Ej. En una Unidad de Hemodiálisis se atienden 3 personas por día durante 5 días de la semana, corresponde registrar por tanto 15 días/personas en esa semana, en un mes sería 15*4 = 60 días personas.

Altas: Corresponde al total de personas que dejan de atenderse o tratarse en las distintas unidades, ya sea por orden médica, traslados, fallecimiento o abandono de tratamiento**.**

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: se registran las actividades realizadas en las Unidades especificadas, según componente de esta modalidad de atención.

SECCIÓN C: HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

SECCIÓN C.1: PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.1:

La hospitalización en domicilio es una modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional para lo cual existe la capacidad de otorgar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los usuarios en su domicilio cuando ya no precisan infraestructura hospitalaria.

Ingresos: Número de pacientes ingresados a esta modalidad de atención.

Personas Atendidas: Se refiere a los pacientes que son atendidos bajo la modalidad de hospitalización en domicilio.

Días Personas Atendidas: Corresponde al número de días por paciente que se atendió. Ej. 1 persona estuvo 3 días, 2 personas estuvieron 5 días, total de días persona = 3+10 = 13 días personas.

Altas: Corresponde al número de personas que egresaron de esta modalidad de hospitalización en domicilio.

Fallecidos: Corresponde al número de personas que fallecen estando atendido por la modalidad de hospitalización domiciliaria.

Reingreso a hospitalización: Corresponde al número de personas que por su condición de salud debe reingresar a una cama hospitalaria.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.1:

Sección C.1: se registra los componente establecidos por el Programa, desglosados en, ingresos del mes, personas atendidas (Ingresos de pacientes en un mes más los pacientes que permanecen desde el mes anterior), días persona, altas, fallecidos y reingreso a hospitalización tradicional.

SECCIÓN C.2: VISITAS REALIZADAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.2:

Visitas realizadas a personas en hospitalización domiciliaria: Corresponde al número de visitas domiciliarias realizadas a pacientes en Hospitalización Domiciliaria realizada por uno, dos o más profesionales y técnico paramédico de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.2:

Sección C.2: Se registra el número de visitas realizadas a personas con Hospitalización Domiciliaria, desglosado en los participantes de esta visita.

SECCIÓN D: HOSPITAL AMIGO

SECCIÓN D.1: ACOMPAÑAMIENTO A HOSPITALIZADOS

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D.1:

Se refiere a la modalidad de atención en que los Establecimientos Hospitalarios deban brindar atención acogedora y digna a la familia de los pacientes hospitalizados en éstos, mejorando de este modo la calidad de atención**,** esto en el marco de la Satisfacción Usuaria

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.

Componentes

- Total días camas ocupadas: Corresponde al número de días camas ocupados en el periodo, en el establecimiento (Fuente REM 20).
- Días camas ocupadas con acompañamiento diurno: Corresponde a los días camas en que el paciente contó con algún tiempo de acompañamiento durante el día, excluyendo el horario de visita establecido.
- Días camas ocupadas con acompañamiento diurno de 6 horas: Corresponde a los días camas en que el paciente conto con acompañamiento diurno durante 6 horas (sin contar el horario de visitas establecido).
- 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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D.1:

Sección D.1: se registra el número de día cama ocupada en la modalidad de "Hospital Amigo", desglosada en pacientes hospitalizados menores de 15 años, en la de 60 y más años, se debe registrar el grupo de pacientes de 15 años y más. .

La información de esta sección debe ser entregada diariamente por las Enfermeras a cargo de las Unidades Funcionales o Centros de Responsabilidad, al personal que realiza el Censo de Camas Hospitalarias, debiendo éstos mantener un registro diario mensual con la información entregada, que será consolidada para vaciarla en el REM-A.21.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D.2:

Corresponde a los paciente egresados cuyos familiares reciben orientación al momento del alta a fin de entregar información educar, prevenir y evitar reingresos. Además recibieron orientación para abordar el proceso definitivo de recuperación de los pacientes con posterioridad a su estadía en el Hospital tanto de alta, mediana o baja complejidad.

Esta información está comprometida en el Compromiso de Gestión de Satisfacción Usuaria, Protocolos de información y, del compromiso de Gestión de Hospital Amigo, en la medida: Orientación al alta.

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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D.2:

Sección D.2: Se registra el número de pacientes egresados en el periodo y número de pacientes cuyos familiares recibieron información u orientación al momento del alta del paciente.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Total de Egresos (en el periodo): Corresponde a los niños(as) que egresaron del establecimiento por concepto de alta o fallecimiento. No incluye los egresos por traslado a otra Unidad funcional s 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 al 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 otra Unidad Funcional 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 al 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 otra Unidad Funcional del mismo hospital

Nº de atenciones: Corresponde a las actividades de estimulación realizadas con los niños/as de acuerdo a su edad y patología por distintos profesionales, tales como, Educadora de Párvulos, Educadora Diferencial, Kinesiólogo/a , Terapeutas Ocupacionales u otro profesional y técnicos debidamente entrenados que favorecen el desarrollo integral del niño(a) hospitalizado.

Estas actividades corresponden al Programa Chile Crece contigo y no son facturables por ser actividades en pacientes hospitalizados (día cama).

Nota (*): Ver Catálogo de Prestaciones Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB) – Programa Chile Crece Contigo.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E: Se registra el número total de egresos al que corresponde el mes de informe, de niños (as) y jóvenes, según grupo de edad especificado en el REM, el número total de egresos de niños(as) y jóvenes que recibieron apoyo psicosocial con intervención psicosocial, y el número total de egresos de niños(as) y jóvenes que recibieron apoyo psicosocial con estimulación del desarrollo en el mes.

El número de atenciones de Intervención Psicosocial y atenciones de Estimulación del desarrollo corresponderá al registro de las actividades entregadas en el mes a las personas hospitalizadas, independiente del profesional que las otorgo y NO necesariamente tendrán una concordancia con el número de egresos en el periodo.

El registro de egresos con apoyo psicosocial de hospitalizados que recibieron intervención psicosocial o que recibieron estimulación del desarrollo son EXCLUYENTES. En el caso de un hospitalizado que reciba ambas intervenciones prevalecerá para el registro el egreso con "intervención psicosocial", ya que la estimulación del desarrollo es parte de las acciones de una intervención psicosocial. Sin embargo, si un hospitalizado recibe solo estimulación del desarrollo, y NO requiere de una intervención psicosocial, éste corresponderá registrarlo como un egreso con estimulación del desarrollo.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Se refiere a los días promedio de permanencia de las personas antes de ser intervenidos quirúrgicamente. El objetivo es evaluar la utilización que se le da a la cama, con él se puede evaluar la prolongación innecesaria de los días de hospitalización, descoordinación entre los servicios administrativos, diagnósticos o terapéuticos y las Unidades Funcionales o unidades de hospitalización.

En cada especialidad: corresponde registrar el número de pacientes intervenidos y la sumatoria de los días de estada pre-quirúrgicos de éstos.

Cirugía General: Cirugías Abdominales y Proctológicas, grupo 18 del Arancel FONASA.

Traumatología: Cirugías Traumatología, grupo 21 del Arancel FONASA

Neurocirugía: Cirugías Neurocirugía, grupo 11 del Arancel FONASA

Urología: Cirugías Urología, grupo 19 del Arancel FONASA

Cirugía Cardiovascular: Cirugías Cardiovasculares, grupo 17 del Arancel FONASA

Cirugía Máxilo Facial: Cirugías Máxilo Facial, grupo 27 del Arancel FONASA

Cirugía Tórax: Cirugías Tórax, grupo 17 del Arancel FONASA

Neurología: Cirugías Neurología, grupo 11 del Arancel FONASA

Otorrinolaringología: Cirugías Otorrinolaringología grupo 13 del Arancel FONASA

Oftalmología: Cirugías Oftalmología grupo 12 del Arancel FONASA

Obstetricia y Ginecología: Cirugías Obstétricas y Ginecología grupo 20 del Arancel FONASA

Ginecología: Cirugías. Ginecología grupo 20 del Arancel FONASA

Resto Especialidades: corresponde a los servicios clínicos que no están mencionados en el listado.

Días de estada Pre-Quirúrgicos: Corresponde a registrar la cantidad de días, con denominación Pre-Quirúrgicos, de pacientes que requieren acto quirúrgico, y por tanto días de hospitalización para tal actividad.

Para identificar el recurso de uso de cama, es necesario distinguir los días estada pre-quirúrgicos de los post-quirúrgicos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Sección F: se registra el número de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el mes del informe, según la especialidad por la que fue intervenido, y el número de días de estada pre quirúrgicos de los pacientes que tuvieron que esperar en una cama de hospital para ser intervenido (Unidad Funcional). No se incluyen las cirugías ambulatorias en este registro, ya que no generan días de estada pre quirúrgicos.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

Este proceso está asociado a la programación de la tabla quirúrgica. El cual tiene máxima relevancia pues su mejoramiento incide directamente en la eficiencia de las horas disponibles en pabellón y por cierto disminuye el indicador de suspensión. A su vez es clave para asegurar los recursos materiales y humanos que permitan sostener la tabla y así mismo garantizar la oportunidad y calidad de la atención de las personas priorizadas y preparadas.

Se entenderá como suspensiones todo evento en el cual la persona que estando en la tabla quirúrgica publicada, no es intervenida, independiente de la causa de suspensión (de la persona, pabellón, unidades de apoyo, equipos quirúrgicos).

El objetivo de este ítem es disminuir el número de intervenciones suspendidas por cada especialidad quirúrgica (de acuerdo a la cartera de servicios del establecimiento). Considerando que el estándar chileno es de 10% de suspensiones, los gestores de pabellón deberán en conjunto con los cirujanos y anestesistas, programar las intervenciones con el objeto de disminuir las suspensiones.

Cirugía General: Cirugías Abdominales y Proctológicas, grupo 18 del Arancel FONASA.

Traumatología: Cirugías Traumatología, grupo 21 del Arancel FONASA

Neurocirugía: Cirugías Neurocirugía, grupo 11 del Arancel FONASA

Urología: Cirugías Urología, grupo 19 del Arancel FONASA

Cirugía Cardiovascular: Cirugías Cardiovasculares, grupo 17 del Arancel FONASA

Cirugía Máxilo Facial: Cirugías Máxilo Facial, grupo 27 del Arancel FONASA

Cirugía Tórax: Cirugías Tórax, grupo 17 del Arancel FONASA

Neurología: Cirugías Neurología, grupo 11 del Arancel FONASA

Otorrinolaringología: Cirugías Otorrinolaringología grupo 13 del Arancel FONASA

Oftalmología: Cirugías Oftalmología grupo 12 del Arancel FONASA

Obstetricia y Ginecología: Cirugías Obstétricas y Ginecología grupo 20 del Arancel FONASA

Ginecología: Cirugías. Ginecología grupo 20 del Arancel FONASA

Resto Especialidades: corresponde a los servicios clínicos que no están mencionados en el listado.

El registro es responsabilidad de la Unidad de Pabellón (la fuente de datos es la tabla quirúrgica) y debe ser entregado a la Unidad de Estadística en el plazo establecido.

Número de cirugías programadas/suspendidas: Corresponde al número de cirugías programadas según especialidad indicada en el REM, y a la suspensión de acto quirúrgico electivo por mala preparación del enfermo, falta de coordinación entre el servicio de anestesia, de cirugía y el

propio paciente. Se sugiere que el gestor de pabellones tenga la capacidad de influir en la programación y pueda sustituir rápidamente la ausencia de un paciente.

Para optimizar rendimiento de camas se debe asegurar que el estudio pre operatorio del paciente sea ambulatorio. Además de verificación de conformidad de anestesista, cirujano, y paciente.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: Se registra el número de cirugías programadas según especialidad indicada en el REM, y el número de cirugías suspendidas en el mes del informe. Se registran solo las intervenciones quirúrgicas electivas bajo la modalidad de atención institucional (MAI). Se incluyen las cirugías ambulatorias.

Se entiende por suspensiones quirúrgicas a toda persona que se encuentra programada para cirugía en la tabla quirúrgica y por distintas causas de suspensión, ya sea por motivos del paciente o del establecimiento, se debe reprogramar nuevamente la cirugía.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.23

SALAS: IRA ERA Y MIXTAS EN APS

ESTRUCTURA REM-A.23

Sección A: Ingresos Agudos Según Diagnóstico.

Sección B: Ingreso Crónico Según Diagnóstico (Solo Médico).

Sección C: Egresos.

Sección D: Consultas De Morbilidad Por Enfermedades Respiratorias En Salas Ira, Era Y Mixta.

Sección E: Controles Realizados.

Sección F: Consultas Atenciones Agudas.

Sección G: Inasistentes A Control De Crónicos.

Sección H: Inasistentes A Citación Agendada.

Sección I: Procedimientos Realizados.

Sección J: Derivación De Pacientes Según Destino.

Sección K: Recepción De Pacientes Según Origen.

Sección L: Hospitalización Abreviada / Intervención En Crisis Respiratoria.

Sección M: Educación En Salas.

Sección M.1: Educación Individual (Programada Y Agendada).

Sección M.2: Educación Grupal En Sala (Agendada Y Programada).

Sección N: Visitas Domiciliarias Realizadas Por Equipo Ira-Era A Familias.

Sección O: Programa De Rehabilitación Pulmonar.

Sección P: Aplicación Y Resultado De Encuesta Calidad De Vida.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.23

REM A-23 debe consignar información de todos los establecimientos que realizan actividades para pacientes con patologías agudas y crónicas del Programa Salud Respiratorio, sin excluir a los que no poseen Salas IRA-ERA o Mixta.

Programa IRA está percapitado desde el año 2005, según Decreto Nº181 24-01-2005.

Programa ERA está percapitado desde el año 2015, según Decreto Nº202 16-01-2015.

SECCIÓN A: INGRESOS AGUDOS SEGÚN DIAGNÓSTICO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Se considerarán ingresos agudos las atenciones realizadas a pacientes atendidos por primera vez en el mes por un cuadro respiratorio agudo determinado (IRA alta, influenza, neumonía, coqueluche, bronquitis obstructiva aguda y otras iras bajas) o una exacerbación (exacerbación síndrome bronquial obstructivo recurrente, exacerbación asma, exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, exacerbación fibrosis quística, exacerbación otras respiratorias crónicas).

En el caso de la patología aguda el ingreso es registrado por el kinesiólogo o enfermera, según el diagnóstico médico por el cual fue derivado a la atención.

De constar más de un diagnóstico deberá considerarse el más distal (por ejemplo Otras IRAS baja por sobre IRA alta) y/o el más grave. Un mismo paciente puede tener más de un ingreso al mes, si se trata de cuadros distintos. Si ocurrió la resolución total de un cuadro que luego se repitió es un reingreso.

REINGRESO AGUDO

En el caso de la patología aguda se registra el reingreso a las atenciones realizadas a pacientes ya atendidos por un cuadro respiratorio determinado que vuelven a consultar o son re-derivados por el mismo cuadro dentro del mes. Cuando el paciente consta con más de un diagnóstico deberá considerarse el más distal (por ejemplo otras IRAS bajas por sobre IRA alta) y/o el más grave.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Se registra el número de pacientes que ingresan derivados de morbilidad, servicio de urgencia o alta hospitalaria por primera vez o tras ser dado de alta, por cuadro respiratorio agudo a salas de IRA, ERA o Mixtas. Según diagnóstico, desagregados edad y sexo de las personas que ingresaron en el mes.

El paciente que ingresa por primera vez por patología aguda luego se cita a control (Sección F).

En el caso de la patología aguda se registra el reingreso por el kinesiólogo o enfermera, las atenciones realizadas a pacientes ya atendidos por un cuadro respiratorio determinado que vuelven a consultar o son re-derivados por el mismo cuadro dentro del mes.

SECCIÓN B: INGRESO CRÓNICO SEGÚN DIAGNÓSTICO (SOLO MÉDICO).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Se considerarán ingresos crónicos las atenciones realizadas a pacientes atendidos por primera vez por un cuadro respiratorio crónico determinado (síndrome bronquial obstructivo recurrente), asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, displasia broncopulmonar, fibrosis quística u otras respiratorias crónicas).

En el caso de la patología crónica el ingreso es registrado por el médico.

Reingreso Crónico: Pacientes tras haber abandonado los controles por otra causa (abandono, Alta).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

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

El paciente que ingresa por primera vez por patología crónica se registra y luego se cita a control (Sección E).

Se considerará Ingreso de Crónico a la atención realizada a pacientes cuyo diagnóstico ha sido confirmado por médico e ingresado a SIGGES, según corresponda.

El reingreso se considera luego de Abandono de Tratamiento o alta, registrando sólo la sumatoria de todo por diagnóstico.

Se considera Abandono de tratamiento las siguientes características junto con la realización del rescate:

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 2 años y más: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

Los sistemas de rescate se deben de activar desde la primera inasistencia a control y efectuarse a lo menos 3 acciones de rescate de inasistentes.

SECCIÓN C: EGRESOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Egresos: Usuarios que egresan del programa, por abandono, fallecimiento, traslado o Alta. Se debe consignar todas las patologías que presentaba.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Se considerará Egresos a personas que se egresan del programa, por abandono, fallecimiento, traslado o alta.

Se considera Abandono de tratamiento las siguientes características:

- Menores de 1 año: 2 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.
- De 12 a 23 meses: 5 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.
- De 24 meses y más: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

Los sistemas de rescate se deben de activar desde la primera inasistencia a control y efectuarse a lo menos 3 acciones de rescate de inasistentes antes de egresar al paciente del programa por abandono.

Se consideran "Traslados" la siguiente característica:Pacientes que solicita cambio de centro de salud por cambio de dirección de residencia, trabajo u otro.

Se consideran "Altas" la siguiente característica:Usuarios que se encuentran en control y son dados de alta de su condición.

Se considera "Fallecimiento" las siguientes características: Usuarios que se encuentran en período de control (Dentro de un programa) y fallecen ya sea por causa de la misma patología u otros motivos.

Nota: Los egresos se registran en su totalidad, sólo se solicitan las causales de Fallecimiento y Abandono que deben estar incluidas en la desagregación por sexo y grupo etario.

SECCIÓN D: CONSULTAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SALAS IRA, ERA Y MIXTA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Consultas de Morbilidad: Es la atención médica otorgada en horario asignado al programa con fines de diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud, por reagudización de cuadro respiratorio crónico o cuadro agudo sin citación (cupo extra o consulta espontanea).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Corresponde registrar el número de consultas realizadas por médico en salas IRA, ERA o Mixtas, desglosadas por grupo de edad y sexo.

Las consultas realizadas por médicos del programa u otros facultativos por causas respiratorias en horas distintas a las consideradas para el control de pacientes bajo control o reconversión de agenda en las salas IRA, ERA o Mixtas se registran en el REM-A04.

El paciente que ingresa por primera vez por patología crónica se registra en Sección B desagregado por sexo y grupo etario.

Las atenciones médicas espontáneas en horario asignado al programa se considerarán consultas de morbilidad.

SECCIÓN E: CONTROLES REALIZADOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Se considerará controles realizados a toda atención de población crónica respiratoria programada (con citación de fecha de control), que se realiza con posterioridad al ingreso de crónicos (sección B) entregada por médico, kinesiólogo y/o enfermera.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Se registra el número de actividades programadas que se realiza en el programa, por médico, enfermera y/o kinesiólogo, debe ser desagregada por Grupo etario y sexo.

SECCIÓN F: CONSULTAS ATENCIONES AGUDAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Se considerará Consulta de atenciones agudas a las consultas que se realizan con posterioridad a la primera atención por un cuadro respiratorio agudo o exacerbación de la patología respiratoria crónica, visto por enfermera o kinesiólogo (Control de patología aguda respiratoria).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Se registra el control a usuario con posterioridad a la primera atención por un cuadro respiratorio agudo o exacerbación de la patología respiratoria crónica, desagregando por sexo y grupo etario.

SECCIÓN G: INASISTENTES A CONTROL DE CRÓNICOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

Se considerará inasistentes a control de crónicos a pacientes que no han asistido a citación agendada de su patología respiratoria crónica.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Se registra el número de pacientes crónicos, según diagnóstico, que presentan inasistencia a control crónico de salud respiratoria.

Una vez que el paciente presenta una inasistencia, se deben de comenzar con el rescate de este paciente, ya sea mediante llamada telefónica, citación en el hogar u otro medio de comunicación.

En los pacientes que presenten más de un año de inasistencia, después de realizar 3 acciones de rescate (se considera abandono en mayores de 2 años) se debe egresar del programa respectivo y Registrar en SECCIÓN C (Todos los diagnósticos que presentaba el usuario se deben egresar individualmente).

SECCIÓN H: INASISTENTES A CITACIÓN AGENDADA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:

Se considerará INASISTENTES a citación agendada a pacientes que NO han asistido a citación programada. Esta sección incluye las inasistencias a consultas, talleres de educación, citación a pruebas funcionales u otras actividades agendadas.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN H:

Sólo se incluyen registros de inasistencias a consultas, talleres de educación, citación a pruebas funcionales u otras "Actividades Agendadas" (Excluye Control de Crónicos) en menores y mayores de 20 años.

SECCIÓN I: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN I:

Se considerará PROCEDIMIENTOS la espirometría basal (Considera sólo una de las etapas de la técnica), Espirometría post BD (Considera la realización completa de la técnica), la flujometría basal, flujometría post BD (Considera la realización de la técnica pre y post BD), la Pimometría, el test de provocación con ejercicio, el test de marcha de 6 minutos, las sesiones de kinesioterapia respiratoria, estos procedimientos pueden ser realizado por el médico, kinesiólogo, enfermera según corresponda, en el marco de la atención a pacientes en las salas IRA, ERA o mixtas.

*Nota: Cuando se realiza solo la Espirometría basal se debe de registrar como tal. En el caso de realizar Espirometría basal y Post BD se debe registrar sólo como Espirometría Post BD

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN I:

El registro se contabilizará de manera individual independiente de si fueron realizadas durante la misma consulta.

Se registran procedimientos descritos en sala IRA, ERA y MIXTAS y sólo los que fueron realizados por médico se debe colocar el total al final de la sección.

Cualquier otra actividad realizada por kinesiólogo se registra en el REM BS-17 Sección M, REM BM -18 Sección H, según corresponda (Otras atenciones a pacientes ambulatorios), o REM-28 Sección A.7 (procedimientos).

SECCIÓN J: DERIVACIÓN DE PACIENTES SEGÚN DESTINO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN J:

Se considerará derivación de pacientes las interconsultas realizadas por el médico del centro de salud a la Unidad de Emergencia Hospitalaria, al Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) u otros servicios de atención primarios de urgencia (como los SUC, SUR o SAR), al Centro de Referencia de Salud (CRS), al Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) o al Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del hospital de referencia.

En el marco de la atención de patología aguda o crónica de la sala (por ejemplo, si un paciente con crisis obstructiva no responde a la hospitalización abreviada y es evaluado por el médico del programa en las salas IRA o mixta o si un paciente asmático o con EPOC requiere evaluación en el nivel secundario y/o terciario).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN J:

Corresponde registrar en esta sección las derivaciones realizadas por médicos fuera del contexto de atención de los programas IRA o ERA (atenciones de morbilidad), o cuando los pacientes son evaluados o manejados en las salas IRA o ERA mientras ocurre la derivación (por ejemplo, pacientes que en espera de traslado reciben oxigenoterapia o evaluación kinésica en las salas IRA, ERA o mixtas).

Corresponde registrar el número de pacientes con interconsultas, menores de 20 años y de 20 años y más, que son derivados a destinos como Unidades de Emergencia, SAPU, CAE, CDT O CRS.

SECCIÓN K: RECEPCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ORIGEN.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN K:

Se considera 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 o SAR) u otros servicios de atención primarios de urgencia (como SUR), profesionales del mismo centro de salud (Consultas de morbilidad), el Centro de Referencia de Salud (CRS) o el Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT), en el marco de la atención de patología aguda o crónica de la sala (por ejemplo, si se deriva de la UEH a continuar tratamiento en APS o un médico del centro requiere la evaluación de un paciente por sospecha de asma).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN K:

Se debe registrar el número de pacientes provenientes de Unidades de Emergencia, SAPU, consultas de morbilidad, CAE, CDT O CRS, divididos en menores de 20 y de 20 años y más.

Las derivaciones provenientes del nivel terciario (pacientes que fueron hospitalizados) deberán registrarse en la fila CAE / CDT / CRS, y así mismo las derivaciones provenientes del Extra-Sistema

SECCIÓN L: HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA / INTERVENCIÓN EN CRISIS RESPIRATORIA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN L:

Se considerará hospitalización abreviada / intervención en crisis las atenciones de pacientes con cuadros moderados y severos, según los protocolos de manejo de cuadros obstructivos (menores de 3 años), exacerbaciones asmáticas y de EPOC.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN L:

Se registra el número total de hospitalizaciones abreviadas y/o intervenciones en crisis respiratorias por paciente, realizadas en el mes por diagnóstico desagregado sólo por grupo etario.

SECCIÓN M.1: EDUCACIÓN INDIVIDUAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN M.1:

Se considerará educaciones individuales a las consejerías o educación de ciertas áreas temáticas, estas actividades deben ser realizas en el ingreso y control de crónico o como actividad en el período de atención profesional de Salas IRA-ERA o Mixta.

Antitabaco: Intervención simple y corta, de carácter individual, personalizada, de 3 a 5 minutos de duración que se realiza durante las prestaciones del establecimiento, independiente del motivo y tipo de éstas.

Autocuidado según patología: Se educa al paciente de salas IRA-ERA o Mixta las diferentes Técnicas de Autocuidado para la patología que padece.

Uso de terapia inhalatoria: Educación en relación a la técnica y como aplicarla

Educación integral en salud respiratoria: se realiza al ingreso de pacientes y controles de crónicos respiratorios, que incluye educación en medidas de prevención, técnica y tratamiento inhalatorio, reconocimiento de signos y síntomas, enseñanza y refuerzo de medidas y conductas de automanejo de la patología crónica.

Estilos de vida saludables (alimentación saludable, sedentarismo y conductas responsables) que permiten entregar conocimientos de prevención, fortalecer la educación del autocuidado y herramientas de automanejo.

Otras Educaciones, aquellas actividades que no fueron descritas anteriormente.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN M.1:

Si en la Educación Individual se tratan varios temas (autocuidado según patología, uso de terapia inhalatoria, otras) se deberá registrar solo una educación, cuyo tema sea el de mayor asociación, el motivo que generó la consulta.

La educación antitabáquica, corresponde a la consejería breve que se debe de realizar en cada consulta aguda de la atención en sala. Para las educaciones individuales programadas de cesación tabáquica u otras de temáticas de promoción y prevención se deben de registrar en REMA 19A.

SECCIÓN M.2: EDUCACIÓN GRUPAL EN SALA (AGENDADA Y PROGRAMADA).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN M.2:

Se considerará educaciones grupales en sala a las correspondiente a talleres grupales orientados a la educación de ciertas temáticas como educación integral en salud respiratoria (educación en medidas de prevención, técnica y tratamiento inhalatorio, reconocimiento de signos y síntomas, enseñanza y refuerzo de medidas y conductas de automanejo de la patología crónica), rehabilitación pulmonar (corresponde a sesiones educativas grupales implementadas en los programas de rehabilitación pulmonar que se desarrollan en cada centro de salud), antitabaco,

permitiendo entregar conocimientos de prevención, fortalecer la educación del autocuidado y herramientas de automanejo abordadas a través de sesiones dirigidas al intra e intersector.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN M.2:

Se debe registrar el número de: Sesiones, Participantes, profesional(es), que realizan interacciones de carácter educativo a grupos de pacientes en salas IRA-ERA y Mixtas, según temas.

Nota 1: El taller IRA para menores de 3 meses debe ser registrado en el REM 27.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN N:

Corresponde a visitas domiciliarias realizadas por equipo IRA/ERA a familias de fallecidos por neumonía (aplicación de encuestas de fallecidos por neumonía según norma técnica), a pacientes crónicos severos o no controlados, pacientes del programa oxigeno ambulatorio, AVNI, AVI, AVNIA, AVI con la finalidad de entregar orientaciones a temas que tengan relación con las patologías abordadas en las salas IRA/ERA o Mixtas incluyendo la estrategia de hogar libre de humo de tabaco.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN N:

Se debe registrar las visitas realizadas por equipos IRA-ERA a familias, bajo el concepto de muerte por neumonía en domicilio según orientación técnica vigente, pacientes en programas de oxigenoterapia ambulatoria, AVNI-AVI/AVNIA-AVIA, con el objetivo de educar a paciente, familia o tutor respecto de la patología, la prevención de complicaciones y la rehabilitación.

Las actividades deben ser registradas por el/los profesional(es) que la realizan.

SECCIÓN O: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN O:

Se considerará Programa De Rehabilitación Pulmonar a un protocolo estructurado con objetivos, criterios de inclusión y exclusión, con metodología y flujograma, aplicable a la población objetivo de cada centro de salud.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN O:

Corresponde a Ingresos al total de pacientes que ingresan al programa que tiene una duración establecida en la metodología, egresos: por término de tratamiento, se ingresa el total de usuarios que finalizan el programa según los criterios de finalización establecidos en él; por abandono, donde se consignan los pacientes que no finalizan el programa, ya que no cumplieron los requisitos de asistencia a éste.

SECCIÓN P: APLICACIÓN Y RESULTADO DE ENCUESTA CALIDAD DE VIDA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN P:

Corresponde a la aplicación de encuestas de calidad de vida en sala, a la aplicación de instrumento sugerido por la unidad de salud respiratoria MINSAL, el cual se debe aplicar al ingreso de crónico según diagnóstico y luego cada año de permanecer como población crónica respiratoria bajo control, diferenciando si el puntaje mejoró o no significativamente respecto de evaluación inicial (según instrumento aplicado).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN P:

Registro de encuestas aplicadas al ingreso de crónico según diagnóstico. Se registra el resultado que se obtiene a los 12 meses en el control de salud.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.24
ATENCIÓN EN MATERNIDAD

ESTRUCTURA REM-A.24

Sección A: Información De Partos Y Abortos Atendidos.

Sección B: Acompañamiento En El Proceso Reproductivo.

Sección C: Información De Recién Nacidos.

Sección C.1: Nacidos Vivos Según Peso Al Nacer.

Sección C.2: Recién Nacidos Con Malformación Congénita.

Sección C.3: Apgar Menor O Igual A 3 Al Minuto Y Apgar Menor O Igual A 6 A Los 5 Minutos.

Sección D: Esterilizaciones Según Sexo.

Sección E: Egresos De Maternidad Y Neonatología, Según Lactancia Materna Exclusiva.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.24

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE PARTOS Y ABORTOS ATENDIDOS

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Corresponde a los partos y abortos atendidos en los establecimientos pertenecientes al Sistema Nacional de los Servicios de Salud.

Parto Normal: "Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones y bajo riesgo, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo". El feto nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas.

Parto Distócico Vaginal: Parto anormal o parto distócico (literalmente "parto difícil o alumbramiento con dificultad") ocurre cuando hay anormalidades 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 pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o en cuclillas).

Entrega de Placenta a Solicitud Mujer Pueblo Originario: Ley 20.584 deberes y derechos pacientes, artículo 7 que "en aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural. es en cumplimiento a estas condiciones en que debe entregarse la placenta Mujeres de pueblos indígenas.

Parto fuera del establecimiento: Parto efectuado fuera del recinto hospitalario.

Parto de embarazo no controlado: Corresponde a la Gestante sin ingreso a control prenatal.

Partos prematuros menos de 32 semanas: se define como aquel embarazo que finaliza, espontánea o por indicación médica, antes de las 32 semanas de gestación, estableciendo como límite inferior de edad gestacional las 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de corona a rabadilla.

Partos prematuros de 32 a 36 semanas: se define como aquel embarazo que finaliza, espontánea o por indicación médica, entre las 32 y 36 semanas con 6 días de gestación

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-aracnoídeo a la altura de las vértebras L/3-L/4, provocando un bloqueo espinal, anestesiando prácticamente todas las estructuras situadas bajo la cintura, el perineo, el suelo de la pelvis y el canal del parto.

Anestesia General: Procedimiento médico que corresponde a la administración de anestésicos vía general.

Anestesia Local: Procedimiento que corresponde a la administración de anestesia infiltrativa, para suturas de episiotomías o desgarros.

Analgesia Inhalatoria: Corresponde a la administración de analgésicos mediante la inhalación de vapores concentrados a través del uso de una mascarilla (ej. Óxido Nitroso). Elimina el dolor del parto conservando la conciencia de la madre.

Medidas Analgésicas no Farmacológicas: Corresponde a la aplicación de otras medidas de analgesia del parto como calor, masajes, relajación y otros.

Apego Precoz contacto mayor a 30 minutos (RN con peso menor o igual a 2.499 grs.): Es el contacto físico que debe establecerse entre el recién nacido y su madre en la primera media hora después al parto o lo antes posible en caso de cesáreas. En este caso el recién nacido posee un peso menor o igual a 2.499 grs.

Los Establecimientos de Salud deben propiciar este momento de intimidad entre la madre y su bebé, siempre que las condiciones de salud de ambos lo permitan, ya que esto favorece el vínculo afectivo y facilita el inicio de la Lactancia Materna.

Apego Precoz contacto mayor a 30 minutos (RN con peso mayor de 2.500 grs. o más): Es el contacto físico que debe establecerse entre el recién nacido y su madre en la primera media hora después al parto o lo antes posible en caso de cesáreas. En este caso el recién nacido posee un de 2.500 grs. o más.

Los Establecimientos de Salud deben propiciar este momento de intimidad entre la madre y su bebé, siempre que las condiciones de salud de ambos lo permitan, ya que esto favorece el vínculo afectivo y facilita el inicio de la Lactancia Materna.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Tiene como finalidad registrar el total de partos y abortos atendidos en el Establecimiento, actividad desagregada según condición de beneficiaria o no. Se utilizará como fuente de información el Libro de Partos y Abortos ubicados en el Servicio de Obstetricia de cada establecimiento.

En caso de que la mujer sea sometida a más de un acto anestésico o analgésico, deberán registrarse todas las actividades indicadas por el profesional tratante y realizadas a la mujer.

En el caso del Apego Precoz no se debe considerar en el parto la Presencia del Padre como Apego precoz, ya que solo está enfocado en la Madre, independiente si el parto es normal o cesárea.

Nota: el registro de Partos y Abortos corresponde al total de actividades realizadas, independientes de la elección de pago, como el Pago asociado a diagnostico (pensionado). Es importante que los registros de la sección A sean mayores o igual al Sistema nacional de Información Perinatal (SNIP).

SECCIÓN B: ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Corresponde al acompañamiento que realiza el padre del menor, algún familiar u otra persona significativa a la madre durante el proceso reproductivo (el acompañamiento se puede dar en el proceso de parto o en el proceso de pre parto y parto).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Se registra de acuerdo a los términos de embarazo (sección A) , el número de partos en que las mujeres son acompañadas en el proceso reproductivo, puede ser solo en el Parto o puede ser Pre-Parto y Parto, desglosados en "Total" y "Beneficiarias".

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE RECIEN NACIDOS

SECCIÓN C.1: NACIDOS VIVOS SEGÚN PESO AL NACER

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.1

Es la primera medición del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. Dicho peso debe ser tomado preferentemente dentro de la primera hora de vida, antes de que ocurra la pérdida post-natal importante de peso

La clasificación de los nacidos vivos según el peso al nacer es:

- Menos de 1.000 grs.
- De 1.000 a 1.499 grs.
- De 1.500 a 1.999 grs.
- De 2.000 a 2.499 grs.
- De 2.500 a 2.999 grs.

- De 3.000 a 3.999 grs.
- De 4.000 y más grs.
-
-

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.1:

Se debe registrar el número total del peso, desglosados en tramos de gramos, de los nacidos vivos en el momento del nacimiento.

SECCIÓN C.2: RECIEN NACIDOS CON MALFORMACIÓN CONGÉNITA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.2:

Las malformaciones congénitas o defectos de nacimiento son deficiencias estructurales presentes al nacer y producidas por una alteración en el desarrollo fetal.

Ellas pueden ser evidentes o microscópicas, apreciables en la superficie del cuerpo o por el contrario, ocultas, hereditarias o no, únicas o múltiples.

La aparición de estos defectos en el recién nacido muchas veces está asociado a trastornos genéticos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.2:

Se debe registrar el Nº total de Nacidos Vivos o de Nacidos Fallecidos, que hayan venido con alguna malformación congénita.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C.3:

El Test de Apgar: es la evaluación clínica que se le realiza al recién nacido en el momento de nacer: al minuto y a los 5 minutos de vida. En él se evalúan 5 parámetros a los cuales se les asigna una puntuación entre 0 y 2.

En la columna "menor o igual a 3 (<=3) al minuto", corresponde al registro del número total de recién nacidos cuya puntuación de Apgar es menor o igual a 3 al minuto.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C.3:

Se debe registrar en la primera columna Apgar "menor o igual a 3 (<=3) al minuto", y en la segunda columna de sebe registrar Apgar "menor o igual a 6 (<=6) a los 5 minutos"

SECCIÓN D: ESTERILIZACIONES SEGÚN SEXO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Esterilización Femenina: La ligadura de las trompas, sección o colocación de anillos o clips en las trompas, se realiza mediante una cirugía que trata de separar y /o cerrar las trompas de Falopio de una mujer para producir su esterilidad permanente.

Al cerrar el paso de los óvulos desde el ovario hasta el útero son las intervenciones quirúrgicas consistentes en la ligadura, con el objeto de impedir el paso de los espermios y evitar la unión con el óvulo y por lo tanto la fecundación.

Esterilización masculina: Corresponde a una cirugía donde se cortan los conductos deferentes, es un procedimiento de cirugía menor, pone fin a la fertilidad masculina permanentemente conocida como "vasectomía". Después de la cirugía, los espermatozoides no pueden movilizarse fuera de los testículos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Se registra el número de esterilizaciones tanto en mujeres como en hombres realizadas en el periodo, desagregadas por grupo de edad e independiente de la causa de ésta. En las esterilizaciones femeninas se incluye también las realizadas durante una cesárea.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Total de egresos: corresponde a los egresos de maternidad de puérperas con recién nacido vivo o los egresos de recién nacido del servicio clínico de neonatología.

Egresos con Lactancia Materna Exclusiva: corresponde a la condición de alimentación solo con leche materna y no recibe ningún otro tipo de alimento o líquido.

Con lactancia materna exclusiva durante toda la estadía egresados: no recibe formula o suero glucosado, ni ningún otro tipo de alimento, liquido en toda la estadía en el Servicio. Basta con que el recién nacido o nacida haya recibido sólo una vez estos alimentos o líquidos para que se excluya de esta categoría.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Se registra el número total de egresos en Maternidad (Puérperas con RN vivo) y el número total de egresos de Neonatología, También, serán registrados el número de egresos de maternidad (puérpera con RN vivo) y de neonatología que mantienen lactancia materna exclusiva al momento de egresar del establecimiento.

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.25
SERVICIOS DE SANGRE

ESTRUCTURA REM-A.25

Sección A1: Población Donante (CS-UMT-BS).

Sección A2: Tipo De Donantes Rechazados (CS-UMT-BS).

Sección A3: Reacciones Adversas A La Donación (CS-UMT-BS).

Sección B: Ingreso De Unidades De Sangre A Producción (CS-BS).

Sección C: Producción De Componentes Sanguíneos (Cs-Bs).

Sección C1: Componentes Sanguíneos Eliminados (Cs-Bs).

Sección C2: Componentes Sanguíneos Eliminados O Devueltos Al Centro De Sangre (UMT).

Sección C3: Componentes Sanguíneos Transformaciones (CS-UMT-BS).

Sección C4: Componentes Sanguíneos Distribuibles (CS-BS).

Sección C5: Satisfacción Stock Óptimo (7 Días) CS.

Sección C6: Satisfacción Stock Crítico (3 Días) UMT.

Sección D: Componentes Sanguíneos Distribuidos (Cs) O Transferidos (BS-UMT).

Sección D1: Transfusiones (UMT-BS).

Sección E: Demanda Glóbulos Rojos Para Transfusión (UMT-BS).

Sección F: Número De Reacciones Adversas Por Acto* Transfusional (UMT-BS).

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.25

GENERALIDADES NOMINALES REM-A.25.

Banco de Sangre (BS): estructura histórica del sistema de sangre, localizado dentro de un establecimiento de salud que efectúa promoción de la donación, colecta de sangre, producción de componentes sanguíneos, almacenamiento y calificación microbiológica e inmunohematológica, con el objeto de autoabastecerse. Se ocupa además de los estudios pre transfusionales y de la terapia transfusional de su establecimiento. En el sistema público corresponde a una estructura de transición a la instalación del Programa Nacional de Servicios de Sangre.

Centro de Sangre (CS): establecimiento especializado del Programa Nacional de Servicios de Sangre, que realiza las funciones relacionadas con la promoción, donación, procesamiento y producción de componentes sanguíneos, la calificación microbiológica e inmunohematológica de la sangre donada y el etiquetaje de sus componentes. Es responsable del almacenamiento, transporte, distribución, calidad y trazabilidad de los componentes sanguíneos entregados a las Unidades de Medicina Transfusional (UMT) de los diferentes establecimientos de salud que integran su red territorial. Además puede cumplir otras funciones establecidas por el MINSAL como Laboratorio de Referencia en Inmunohematología, Banco de Tejidos, entre otras.

Unidad de Medicina Transfusional (UMT): unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico de un establecimiento de salud público o privado, cuya función primordial es efectuar terapia transfusional con indicación sujeta a guías nacionales, de manera oportuna, segura, de calidad, informada y costo eficiente. Realiza procesos y procedimientos que permitan trazabilidad de productos y hemovigilancia.

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

Donante de sangre altruista nuevo u ocasional: persona que dona por primera vez o después de dos años desde su última donación, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago o incentivo a cambio.

Donante de sangre altruista repetido: persona que dona en forma regular al menos una vez cada 2 años, de manera libre y voluntaria, sin recibir dinero ni cualquier otra forma de pago a cambio.

Donante familiar o de reposición: persona que dona bajo la presión institucional de cubrir las necesidades de un familiar o un amigo enfermo.

Donante aceptado: persona que de acuerdo a las normas establecidas y los criterios del proceso de entrevista, cumple con los requisitos y por lo tanto es aceptado como donante de sangre.

Donante rechazado transitorio: persona que tras la entrevista de selección no es aceptada como donante, por no cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre por alguna causa transitoria o temporal.

Donante rechazado permanente: persona que tras la entrevista de selección no es aceptada como donante, por no cumplir con los requisitos establecidos para la donación de sangre, por causa permanente.

Colecta fija de sangre: colección de sangre en locales ubicados dentro de un Centro de Sangre, Banco de Sangre, Casa de Donantes o Unidad de Medicina Transfusional. La casa del donante corresponde a un espacio físico extrahospitalario especialmente acondicionado para atender los donantes de sangre altruistas asegurando una atención bajo condiciones de calidad y seguridad, que permita su fidelización. Puede incluir las actividades de promoción de la donación y organización de las colectas móviles de sangre.

Colecta móvil de sangre: actividad en que un equipo de salud especializado, se desplaza a una localidad predefinida, portando el equipamiento y material necesario, con el objeto de colectar sangre de donantes voluntarios. La colecta puede realizarse en un lugar físico disponible dentro de una comunidad o en un vehículo especialmente acondicionado para estos fines.

Reacciones Adversas a la Donación (RAD): corresponde a cualquier reacción inesperada asociada a la donación de sangre, puede implicar síntomas locales (en el sitio de venopunción) o síntomas generales.

RAD inmediata: corresponde a aquella reacción adversa que sucede durante la extracción de sangre, puede manifestarse con o sin lesión visible.

RAD tardía: corresponde a aquella reacción adversa que sucede después de 1 hora de finalizada la extracción de sangre, puede manifestarse con o sin lesión visible.

Unidades de sangre apta: aquellas unidades de sangre total que cumplen con los controles de volumen adecuado, sellos indemnes, sin filtraciones, correcta identificación y aspecto, por lo que pueden ser procesadas para obtener componentes sanguíneos.

Unidades de sangre no apta: aquellas unidades de sangre total que no cumplen con los controles de calidad para ser procesadas con el fin de obtener componentes sanguíneos.

Componente sanguíneo o hemocomponente: constituyente terapéutico obtenido desde la unidad de sangre total donada (glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas, plasma, crioprecipitado) que se puede preparar mediante centrifugación, filtración, congelación y/o descongelación de acuerdo a un procedimiento validado.

Leucodepleción: corresponde al procedimiento que deja menos de 5 x 106 leucocitos por unidad, en el 99% de los componentes, con un nivel de seguridad de 95%. Más del 90% de los componentes deben contener menos de 1 x 106 leucocitos. Para que sea efectivo, debe realizarse dentro de las 48 horas posteriores a la donación. Ejemplo: Filtración, entre otros.

Leucorredución: corresponde al procedimiento que deja menos de 1.2 x 109 leucocitos por unidad, en el 75% de las unidades estudiadas, con un nivel de seguridad de 95%. Para que sea efectivo, debe realizarse dentro de las 48 horas posteriores a la donación. Ejemplo: método de desplasmatización, separación del buffy coat.

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

Glóbulos rojos leucorreducidos: unidad de glóbulos rojos desplasmatizados 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 x109.

Glóbulos rojos filtrados: unidad de glóbulos rojos desplasmatizados 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 x106

Concentrado de plaquetas estándar: componente sanguíneo obtenido por centrifugación a +22±2ºC de una unidad de sangre total fresca no refrigerada, que contiene una cifra igual o superior a 5,5 x1010 plaquetas, suspendida en un volumen reducido de plasma (40 – 60 ml). Puede obtenerse a partir de plasma rico en plaquetas o de buffy coat usando métodos validados.

Concentrados plaquetarios de Pool: concentrado obtenido de una mezcla de 4 o más unidades de concentrados plaquetarios, utilizando un mecanismo de conexión que permita producir uniones estériles entre las tubuladuras.

Plaquetas leucorreducida pool: pool de plaquetas leucorreducidas.

Plaquetas leucodepletada pool: pool de plaquetas leucodepletadas.

Concentrado de plaquetas por aféresis: componente obtenido por medio de una plaquetoféresis a un donante único, usando un equipo automático separador de células, contiene una cifra igual o superior a 24-30 x1010 plaquetas, en un volumen de 100 a 500 ml de plasma u otra solución conservante.

Plasma Fresco Congelado (PFC): componente preparado a partir de sangre total o plasma obtenido por aféresis, en un período y temperatura que permitan mantener los niveles máximos de factores de coagulación lábil y estable.

Plasma uso no terapéutico: componente plasmático obtenido a partir de la sangre total que no posee los factores lábiles de la coagulación (incluye los plasmas conservados, sin factor VIII y el Plasma Fresco Congelado que no se utiliza en el plazo de un año).

Crioprecipitado: componente que contiene la fracción crioglobulina del plasma obtenido a partir de plasma fresco congelado libre de células, sometido a procesos de congelación y descongelación, y concentrado a un volumen final de 20 a 30 ml.

Componentes sanguíneos eliminados: hemocomponentes eliminados en cualquier etapa del proceso productivo o en el almacenamiento.

CS, BS y UMT en los paréntesis: indica que tipo de Servicio de Sangre debe registrar los datos.

DEFINICIONES OPERACIONALES DE VARIABLES DE REM-A.25

SECCIÓN A1: POBLACIÓN DONANTE (CS - UMT - BS)

Corresponde al número de donantes altruistas (nuevos y repetidos) y reposición aceptados en la entrevista médica, separados por sexo y rango de edad 18-34, 35-44 y 45-64.

SECCIÓN A2: TIPO DE DONANTES RECHAZADOS

Corresponde al número de donantes altruistas (nuevos y repetidos) y reposición rechazados en forma transitoria y permanente en la entrevista médica, separados por rango de edad 18-34, 35-44 y 45-64, y separados por sexo.

SECCIÓN A3: REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN (CS - UMT - BS)

Corresponde al registro de acontecimientos adversos a la donación de sangre, clasificados según sus síntomas (locales o generales) y su clasificación en inmediata o tardía, con o sin lesión visible.

Incluye el registro del total de acontecimientos adversos, separados por tipo de donante: altruista o reposición, tales como:

- Hematoma
- Punción arterial
- Sangramiento posterior
- Irritación de un nervio
- Lesión nerviosa
- Lesión de tendón
- Brazo doloroso
- Tromboflebitis
- Alergia local

SECCIÓN B: INGRESO DE UNIDADES DE SANGRE A PRODUCCION (CS - BS)

Corresponde al registro del número de unidades de sangre que han sido clasificadas como Aptas y No Aptas según la categoría de donación (altruista o reposición).

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

Corresponde al registro del número de unidades producidas de los distintos componentes de la sangre.

SECCIÓN C1: COMPONENTES SANGUÍNEOS ELIMINADOS (CS, BS y UMT)

Corresponde registrar las unidades eliminadas de cada componente sanguíneo según la causa de eliminación:

- Calificación microbiológica reactiva: hemocomponente que resulta reactivo ante las técnicas de tamizaje realizadas.
- Obsolescencia: hemocomponente que es eliminado al cumplir su periodo de vida útil y no fue utilizado en terapia transfusional.
- Otros: causas diversas de eliminación de hemocomponentes (control de calidad no conforme, aspecto, volumen, recuentos, hemólisis u otros)

SECCIÓN C2: COMPONENTES SANGUÍNEOS ELIMINADOS O DEVUELTOS AL CENTRO DE SANGRE (UMT)

Corresponde al registro de la eliminación o devolución de hemocomponentes que no cumplen con los estándares de aceptación para ser incluidos en el stock de la UMT.

- Obsolescencia: hemocomponentes eliminados o devueltos al CS por tener vida útil muy limitada y no puede ser utilizado en terapia transfusional.
- Falla por cadena de frío: hemocomponentes devueltos o eliminados por fallas en la cadena de frio durante el transporte o el almacenamiento.
- Devoluciones por producto por no cumplir estándar: hemocomponente devuelto al CS por no cumplir con el estándar establecido.
- Descongelamiento sin uso: hemocomponente eliminado por haber sido descongelado y no fue utilizado en terapia transfusional.
- Otros: hemocomponentes que fueron eliminados o devueltos por diversos motivos.

SECCIÓN C3: COMPONENTES SANGUÍNEOS TRANSFORMACIONES (CS-BS-UMT)

Corresponde el registro de aquellos hemocomponentes que fueron transformados o modificados desde su presentación original para dar solución a un requerimiento terapéutico determinado.

- UNIDADES PEDIATRICAS: unidades de hemocomponentes alicuotados para uso pediátrico.
- IRRADIACIÓN: unidades de hemocomponentes sometidos a irradiación para su uso terapéutico en determinadas patologías o pacientes.
- RECONSTITUCION PARA USO PEDIATRICO (RECAMBIO): unidades de hemocomponentes utilizadas en reconstitución de sangre total para recambio sanguíneo pediátrico.
- REDUCCIÓN VOLUMEN: unidades de hemocomponentes a las cuales se les redujo el volumen para su utilización en terapia transfusional.
- DESPLASMATIZACIÓN: unidades de hemocomponentes a las cuales se les remueve el plasma, lava y se suspende en otra solución aditiva para su utilización en terapia transfusional.

SECCIÓN C4: COMPONENTES SANGUÍNEOS DISTRIBUIBLES (CS)

Corresponde registrar el total de hemocomponentes aptos para su distribución a la fecha de corte de este registro mensual.

SECCIÓN C5: SATISFACCIÓN STOCK (7 DÍAS) (CS) -UMT-BS)

Corresponde registrar el número de días del mes en que el stock de GR de los grupos sanguíneos O+, A+, B+, O(-) y A(-) se encuentra bajo la cantidad designada como óptima para una determinada UMT, CS o BS.

SECCIÓN C6: SATISFACCIÓN STOCK CRÍTICO (3 DIAS) UMT –CS-BS)

Corresponde registrar el número de días del mes en que el stock de GR de los grupos sanguíneos O+, A+, B+, O(-) y A(-) se encuentra bajo la cantidad designada como mínima para una determinada UMT, CS o BS.

SECCIÓN D: COMPONENTES SANGUÍNEOS DISTRIBUIDOS (CS) O TRANSFERIDOS (BS y UMT)

Corresponde registrar el número de unidades distribuidas según lugar de destino y por tipo de componente sanguíneo.

Componentes sanguíneos distribuidos o transferidos: son aquellos componentes sanguíneos a los que se les asigna un lugar de destino: una UMT, un Banco de Sangre, otro Centro de Sangre o una industria fraccionadora, ya sean dependientes del MINSAL, privados o FFAA.

SECCIÓN D1: TRANSFUSIONES (UMT - BS)

Corresponde registrar el número de unidades de componentes sanguíneos transfundidos, según tipo de componente sanguíneo, desglosando el registro de acuerdo a la edad del paciente: menores de 15 años y 15 años y más.

Glóbulos Rojos: número de unidades de glóbulos rojos transfundidas a un paciente para proveer al organismo de una suficiente capacidad transportadora de oxígeno de manera de restituir una función perturbada y no para normalizar la cifra de glóbulos rojos, la concentración de hemoglobina o el valor del hematocrito.

Concentrado plaquetario estándar, pool y aféresis: número de unidades de plaquetas transfundidas a un paciente con el objetivo de corregir o prevenir la hemorragia asociada a alteraciones cuantitativas o funcionales de sus plaquetas.

Crioprecipitados: número de unidades de crioprecipitados transfundidos a un paciente para la prevención o tratamiento de hemorragias secundarias a la deficiencia de factores de coagulación.

Plasma Fresco Congelado: número de unidades de plasma fresco congelado transfundidos a un paciente para corregir las hemorragias secundarias a deficiencias únicas o múltiples de factores de coagulación, cuando no se dispone de la terapia específica.

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

Corresponde registrar el número de unidades solicitadas y cuántas de ellas fueron despachadas.

Demanda: cantidad total de unidades según componente, indicadas por medio de una solicitud médica escrita de transfusión.

Unidades solicitadas: total de unidades de glóbulos rojos indicadas por médico a un paciente, registradas en un formulario de Solicitud de Transfusión, que cumple criterios de indicación establecidos. No considerar las solicitudes canceladas.

Unidades despachadas: total de unidades de glóbulos rojos compatibilizadas y preparadas nominativamente para un paciente.

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

Corresponde registrar el número de reacciones transfusionales por acto transfusional por tipo de componente sanguíneo, y tipo de reacción.

Reacciones adversas a la transfusión: corresponde a los efectos adversos o a la respuesta anormal que un paciente presenta o desarrolla por la administración de componentes sanguíneos.

- Acto transfusional: procedimiento tendiente a dar cumplimiento a una solicitud de transfusión, que comienza a partir de la instalación de una o más unidades, realizada secuencialmente en un mismo evento.

- Rash Alérgico: Es una de las reacciones frecuentes a la administración de sangre y plasma. Se presenta como un eritema activo y prurito que responden al manejo con antihistamínicos y suspensión momentánea de la transfusión.

- Anafilaxia: Reacción anafiláctica que puede manifestarse en grado leve con edema de partes blandas o una reacción severa con compromiso respiratorio (edema laríngeo) pudiendo llegar al shock anafiláctico. Esto es infrecuente y se presenta por el desarrollo de anticuerpos contra la IgA de clase IgG. en personas deficientes en IgA.

- Reacción Febril no Hemolítica: Ésta es la más frecuente de las RAT. Su incidencia aumenta en pacientes poli transfundidos. Producida por anticuerpos antileucocitarios, y anti-HLA o presencia de citoquinas. Los síntomas de calofríos y fiebre pueden producirse durante o después de varias horas de finalizar la transfusión. Los calofríos en general preceden a alza térmica de al menos 1° C.

- Reacción Hemolítica Aguda por Incompatibilidad ABO: Reacción que se debe al error en la identificación del receptor correcto, se correlaciona con la velocidad e intensidad de la hemólisis intravascular. La sintomatología se inicia generalmente a los pocos minutos de iniciada la transfusión con calor y dolor local en zonal de infusión, disnea, lumbalgia, sensación febril y calofríos, náuseas y en ocasiones vómitos.

- Reacción Hemolítica Aguda por otra causa: Reacción caracterizada por ictericia e hemoglobinuria, pero como el mecanismo no es inmunológico en general es bien

tolerada y con medidas generales se recupera sin dejar secuelas. La hemólisis térmica generada al calentar inadecuadamente unidades de glóbulos rojos genera destrucción ex vivo de ellos y entonces se administra una unidad ya hemolizada. Es fundamental conocer el antecedente de cómo se maneja la unidad previo a la instalación.

- Sobrecarga Circulatoria: Reacción que se manifiesta por aumento PVC, disnea y tos. Puede darse en pacientes con Insuficiencia Renal o Cardiaca 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 post-transfusión. Se explica por el desarrollo de una respuesta inmune secundaria a antígenos eritrocitarios.

- Septicemia: Reacción que se manifiesta con fiebre, escalofrío, dolor abdominal, vómito y diarrea. Sepsis bacteriana por gérmenes gramnegativos: coliformes y Pseudomonas, que pueden crecer a 4 C e inadvertidamente contaminar el componente sanguíneo.

- TRALI (Transfusion-Related Acute Lung Injury): cuadro clínico que consiste en insuficiencia respiratoria aguda durante las seis horas siguientes a una transfusión; se acompaña de infiltrados pulmonares, secreción bronquial e hipoxia y se atribuye a anticuerpos anti leucocitos y a lípidos en el plasma almacenado; su incidencia es de 1 entre 7900 transfusiones de plasma, con una mortalidad de 6 a 10 %.

- OTRAS: cuadro clínico presentado que no coincide con las reacciones post-tranfusionales anteriormente citadas. Dentro de esto tenemos:

    - Inmediatas: aloinmunización con destrucción plaquetaria inmediata, reacción hipotensiva.

    - Tardías: aloinmunización por antígenos eritrocitarios, leucocitarios, plaquetarios o proteínas plasmáticas, púrpura y enfermedad injerto contra huésped, inmunomodulación, transmisión de agentes infecciosos (VIH, HB, HC, HTLV, Chagas, Paludismo, Malaria, entre otras) y hemosiderosis.

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-A.26
ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y OTROS ESPACIOS

ESTRUCTURA REM-A.26

Sección A: Visitas Domiciliarias Integrales A Familias

Sección B: Otras Visitas Integrales

Sección C: Tratamientos Y/O Procedimientos En Domicilio

Sección D: Rescate De Pacientes Inasistentes

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.26

SECCIÓN A: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Visita Domiciliaria Integral: "Una estrategia de entrega de servicios de salud Integral con foco promocional y preventivo (prevención primaria, secundaria y terciaria) realizada en el domicilio, dirigida a las personas y sus familias en riesgo biopsicosocial , basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y la familia para favorecer el desarrollo biopsicosocial saludable. Incluye la promoción de mejores condiciones biológicas ambientales y relacionales. Y se inserta en un el marco de un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera. ,con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son evaluados durante el proceso de atención, son construidos entre el equipo de salud y la familia y/o cuidadores y realizados por profesionales y/o técnicos con las competencias requeridas"

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).

Toda Visita Domiciliaria Integral;

- Debe considerar la Integralidad en su acción
- Debe estar considerada dentro del plan de Intervención familiar realizado por el equipo de cabecera
- Debe ser considerada en la mayoría de las veces una estrategia de INTERVENCION y no sólo de diagnóstico (como suele ser la primera Visita).
- Debe ser generada a partir de una situación o problema (situación de riesgo) que el equipo visualizó en esa familia y específicamente en un integrante de ella

Se requiere diferenciar las dos dimensiones en las que se pueden dar las Visitas Domiciliarias Integrales.

Visita De Primer Contacto: Es aquella visita a la Familia que se realiza por primera vez en el domicilio, considerando la situación particular de riesgo que la motivo.

Esta se realiza fundamentalmente para establecer el primer contacto , fortalecer el vínculo con la Familia , complementar el diagnóstico (estudio de familia , idealmente comenzado en el establecimiento) y planificar las siguientes intervenciones junto con la Familia .

Esto lleva considerar varios aspectos. Se debe registrar la Visita sólo una vez en la situación de riesgo más relevante para la familia, para el equipo o para registro propiamente tal (por ej. VDI vinculada a meta) . No se debe duplicar el registro, aunque se reconoce que en la visita habitualmente existen múltiples situaciones de riesgo que la gatillan. Esta consideración de múltiples factores de riesgo se debe considerar para la intervención y no para el registro. En la columna de "conceptos" (tipos de familia según situación que gatilla la VDI) existen situaciones específicas y otras muy generales , para ello, el equipo deberá priorizar donde registrar en una sola fila, y sólo ocupar la situaciones más generales (riesgo psicosocial) cuando la situación que motiva la visita no está especificada en las otras dimensiones .

Diferente es si la situación que motiva a una serie de visitas se resuelve, y tiempo después la familia nuevamente presenta otro factor de riesgo, que vuelve a gatillar otra Intervención. Por ejemplo familia que fue visitada por Niño(a) con déficit del DSM y posteriormente la Madre presenta una depresión cuyo equipo decide que requiere VDI. En esta situación existirá una VDI de 1° contacto gatillada por el déficit del desarrollo y posteriormente, en un tiempo distintos, otra VDI de 1°contacto por integrante con problema de Salud Mental

Visita De Seguimiento :Son aquellas visitas posteriores a la primera visita , que dan respuesta a un plan de Intervención familiar en donde se considera a la VDI como la estrategia para dar respuesta a este plan . A pesar que en estos momento la gran mayoría de las Familias son visitadas en una oportunidad, se espera que se considere la realización de una serie de VDI , sobre todo en aquellas situaciones de Riesgo que están priorizadas en las directrices técnicas y en donde hay evidencia que hay impacto favorable al realizarlas. Nuevamente se debe considerar el registro en relación a la Causa que motivo la Visita de 1°contacto y que posteriormente origina las de seguimiento.

NO están consideradas en este REM aquellas visitas domiciliarias que realizan los programas específicos. Se insiste que estas visitas se hagan con un enfoque Biopsicosocial y por lo tanto sean Integrales.

Es importante señalar qué actividades no son Visitas Domiciliarias Integrales:

Cualquier Visita Integral que haga el equipo de salud que no se realice en el Domicilio (colegios, trabajo) sección B.

Cualquier Visita Domiciliaria Integral no realizada por el equipo de APS. Ej. Visitas domiciliarias Integrales realizadas por los COSAM, se deberán registrar en sección B.

Visitas al Domicilio con fines de tratamiento específico o procedimientos, también conocida como Atención domiciliaria: Cualquier actividad que pudiendo haberse realizado en el establecimiento se realiza en el domicilio por problemas de acceso o postración (sección C). Ej. Si se va al domicilio sólo a aplicar un Instrumento de Evaluación del desarrollo se debe registrar acá, si se aplica el test para además realiza una intervención Integral con enfoque Biopsicosocial se registra como VDI.

Rescate o citación de pacientes: Actividad que se realiza para reincorporar a los pacientes que han permanecido inasistentes en los diferentes programas de control que el establecimiento desarrolla. Se acude a domicilio para avisar de hora agendada en el establecimiento

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registra el número de familias a las que se les ha realizado Visitas Domiciliarias Integrales (VDI), por diversos conceptos, tanto factores de riesgo, como padecimientos. Se debe registrar una visita aunque se hayan revisado varios conceptos, y del total de conceptos revisados, se debe seleccionar el que motivó la visita. Corresponde registrar la visita realizada por el Equipo de Establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), entendiéndose que es una visita por familia, independiente de cuantos profesionales asistieron al domicilio.

. La columna de "Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa" se debe registrar solo aquellas visitas en las que el paciente es beneficiario del programa, reciba o no estipendio. Estas visitas deben estar incorporadas en las columnas: de Un Profesional, Dos o más Profesionales o Un Profesional y un Técnico. Paramédico ya que de todas las personas que fueron atendidas, se necesita saber cuántas pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa.

Nota: Si no se realizan visitas domiciliarias a personas pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, el registro debe ser llenado con un cero, ya que si queda sin datos la validación se mantiene.

SECCION B: OTRAS VISITAS INTEGRALES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Corresponde a un conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza en Lugares de Trabajo, Colegios, Salas Cunas o Jardines Infantiles para atender requerimientos de tipo Preventivo y que los realiza uno o más miembros del equipo de salud del establecimiento de nivel secundario.

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, excluye a las realizadas por el equipo de Atención Primaria), Lugar de Trabajo y Establecimientos Educacionales.

Atención Farmacéutica En Domicilio[8-9:] Es la atención profesional otorgada por el Químico Farmacéutico, en el domicilio del paciente, de cualquier nivel de atención.

Esta prestación incluye seguimiento farmacoterapéutico, detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM), consejería, determinación de plan de acción sistematizado y documentado con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y obtener resultados precisos que mejoren o mantengan la calidad de vida del paciente, se pueden incluir también, rescate de pacientes inasistentes a retiro de medicamentos o citas.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: corresponde registrar el número de visitas integrales contenidas en otros conceptos y lugares de visita, como lo son lugares de trabajo, jardines infantiles, etc.

[8] Desarrollo De La Práctica De Farmacia Centrada En La Atención Del Paciente, Organización Mundial De La Salud Y Federación Internacional Farmacéutica, 2006.
[9] Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC : OPS, 2013

Nota: Las visitas integrales de salud mental corresponden a las visitas realizadas a personas en las que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar trastorno mental y a personas con diagnóstico de un trastorno mental, que pertenecen al Programa de Salud Mental.

SECCION C: TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS EN DOMICILIO.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Corresponde a un conjunto de acciones con fines de tratamiento, que se realiza en el domicilio, para atender los problemas de salud de las personas que se encuentran en situación de dependencia leve, dependencia moderada, dependencia severa u otros, con dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, entendiendo que el nivel de complejidad de los problemas a resolver no requiere la hospitalización ni la institucionalización del sujeto y que cuenta con una red de apoyo.

Es esta sección solo se deben registrar las atenciones en domicilio destinadas a realizar tratamientos terapéuticos, aun cuando en ellas se efectúen acciones preventivas y de consejería. Se registraran cada vez que se realicen.

En la fila Otros: se registraran los tratamientos y/o Procedimientos en Domicilio, a personas que no tienen la condición de Postrados, ejemplo: Alta Hospitalaria Precoz, Oxigenoterapia, pacientes terminales (no postrados) u otros.

En la columna "Programa de Atención domiciliaria a personas con dependencia Severa" se debe registrar aquellas visitas con fines de tratamiento, en que el paciente sea beneficiario del programa porque presentan una discapacidad severa y/o deterioro crónico de su estado de salud, y son beneficiarios del Sistema Público de Salud.

Visita de Seguimiento: Esta actividad se refiere a las visitas de seguimiento para constatar el plan de cuidados (entregados por el cuidador) que reciben los pacientes que están bajo la modalidad de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, las cuales deberán ser realizadas por algún integrante del equipo de salud tratante del paciente.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: se registra el número de procedimientos realizados según profesional o técnico paramédico.

La columna de "Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa" se debe registrar solo aquellas visitas con fines de tratamiento en las que el paciente es beneficiario del programa, reciba o no estipendio. Estas visitas deben estar incorporadas en las columnas: Profesional o Técnico Paramédico.

Para la celda Otros corresponde registrar aquellos paciente NO postrados, como los alta hospitalaria precoz, o procedimientos a pacientes con hospitalización domiciliaria, entre otros.

Las visitas que se realicen por concepto del "Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa" con fines de seguimiento o "sobre vida" DEBEN SER registradas en el ítem "Otros".

Se registra el número de Visitas de seguimiento en domicilio a personas con Dependencia Severa (Programa de Atención Domiciliaria a Personas con dependencia severa)

SECCION D: RESCATE DE PACIENTES INASISTENTES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

En esta sección se registra la actividad que se realiza para reincorporar a los pacientes que han permanecido inasistentes en los diferentes programas de control que el establecimiento desarrolla. La información se desglosa según funcionario que realiza la actividad (técnico paramédico, administrativo u otro). En compra de Servicio: Estas actividades son resueltas vía compra de servicio y estas no deben ser incluidas como producción del establecimiento.

Respecto a la población infantil (0 a 9 años), se considera un niño o niña inasistente a control de salud infantil a aquellos que no acudieron a su último control sano en la fecha que estaban citados y que se encuentran en los plazos máximos de inasistencia según edad, a saber:

Rango de edad	Plazos máximos 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

Es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones con la población infantil inasistente:

- Los niños y las niñas inasistentes deben rescatarse antes de cumplir estos plazos máximos, ya que en este grupo generalmente se concentran los niños y las niñas con más factores de riesgo.
- Los niños y las niñas inasistentes menores de 24 meses son un grupo prioritario.
- Los niños y las niñas inasistentes debido a problemas internos del CES, se le deberá agendar una nueva citación, priorizando según criterios de riesgo.
- Las niñas y niños que figuraban como inasistentes y se rescataron, pasan a asistentes y se les ubica en el mes de calendario.
    - Las tarjetas de niños y niñas que no fueron contactados/rescatados dentro de los plazos máximos de inasistencia, pasan a población pasiva.
    - Los niños y niñas rescatados, en la próxima cita tendrán prioridad, no puede ser recitado y deberá ser atendidos, si no asiste su tarjeta pasa a población pasiva.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D: Se debe registra el número de rescates de pacientes en domicilio por algún funcionario (Técnico Paramédico, Administrativo, Otro) o mediante rescate telefónico desde el establecimiento.

En compra de Servicio estas actividades son resueltas vía compra de servicio y NO deben ser incluidas como producción del establecimiento.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.27
EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ESTRUCTURA REM-A.27

Sección A: Personas Que Ingresan A Educación Grupal, Según Áreas Temáticas Y Edad.

Sección B: Actividades De Educación Para La Salud, Según Personal Que Las Realiza (Sesiones).

Sección C: Actividad Física Grupal Para Programa Salud Cardiovascular (Sesiones).

Sección D: Educación Grupal A Gestantes De Alto Riesgo Obstétrico

(Nivel Secundario)

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.27

SECCIONES DEL NIVEL PRIMARIO

Educación de Grupos: Proceso programado de interacción con fines educativos que ocurre entre personas integrantes de un grupo específico y un miembro del equipo de salud. El funcionario orienta, conduce y facilita el aprendizaje. La participación e intercambio de experiencias permite la adopción de conductas favorables para la salud del individuo, familia y comunidad.

SECCIÓN A: PERSONAS QUE INGRESAN A EDUCACIÓN GRUPAL, SEGÚN ÁREAS TEMÁTICAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

Personas que ingresan por primera vez 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 riego 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.

Promoción de habilidades personales: Taller de promoción de la salud mental que debe fomentar la adquisición de habilidades y competencias sociales para el autocuidado, y generación de estilos de vida saludable, puede incluir temáticas de Desarrollo de la autoestima, Autoeficacia, Relaciones positivas, Autonomía, Auto aceptación, Propósito en la vida o proyectos de vida, o Salud Mental positiva

Prevención de salud mental: Talleres preventivos orientados a evitar la aparición de un problema de salud mental. Se pueden realizar talleres de contenidos diversos como Prevención

del consumo y abuso de alcohol, del maltrato Infantil, del suicidio, manejo del estrés y resolución de conflictos, entre otros.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

"Personas que ingresan a Educación Grupal", el dato a consignar es el número de personas que ingresan a Educación Grupal, según aéreas 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.

Promoción de habilidades personales: Se registran el número de usuarios que participaron, y una vez terminado el taller se registran y no al cierre de cada sesión.

Prevención Salud Mental: Se registran el número de usuarios que participaron, y una vez terminado el taller se registran y no al cierre de cada sesión.

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS[10]: Actividades grupales realizadas por el Químico Farmacéutico, con el fin de entregar información y educación a pacientes y cuidadores sobre los medicamentos, además de estimular la participación comunitaria y promover la responsabilidad del individuo en el uso racional de medicamentos.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Actividades preventivas de estilos de vida saludables que ayuden a mantener y/o retardar procesos crónicos, como también actividades de prevención secundaria realizadas en grupo.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

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

Nota: Cuando la actividad es realizada por dos o más profesionales o acompañados por Técnico Paramédico en forma simultánea, se registra la actividad, en la columna que corresponda y si se

[10] Uso Racional De Medicamentos: Una Tarea De Todos Contenidos E Información Del Uso Racional De Medicamentos Para El Personal Técnico De Salud. Ministerio De Salud De Chile. 2010

requiere disponer registros del tiempo utilizado por estas personas se debe mantener para uso interno del establecimiento, las horas ocupadas individualmente.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

La actividad Física grupal para el Programa de Salud Cardiovascular, comprende las sesiones realizadas por los distintos profesionales preparados para tales actividades, y han sido desagregadas por grupos etarios de los participantes del programa.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

"Actividad Física Grupal para Programa de Salud Cardiovascular" se registra el número de Sesiones de Actividad Física según profesional que las realiza, por tramos de edad de los participantes. En el caso que se realice está actividad grupal con distintos tramos de edades, se debe considerar el tramo etario que predomine al grupo para el registro de la sesión.

Nota: Cuando la actividad es conducida por dos o más profesionales en forma simultánea, se registra una sola actividad, consignándola al profesional principal, para el resto de los participantes de la actividad se puede registrar, para uso interno del establecimiento, las horas ocupadas.

SECCION D: EDUCACION GRUPAL A GESTANTES DE ALTO RIESGO OBSTETRICO (NIVEL SECUNDARIO)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

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.

DEFINICIONES OPERACIONALES 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.

SECCIÓN E: TALLERES PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Sesión de Taller: Corresponde a la reunión grupal entre los adultos mayores participantes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y la dupla profesional, para el desarrollo de las actividades propias al proceso de estimulación funcional de los Adultos mayores de acuerdo a cada taller, con una duración entre 45 y 60 minutos.

Estimulación de funciones motoras y prevención de caídas: Ciclo de actividades específicas, planificadas y realizadas en forma participativa y graduada, guiadas por la dupla profesional del Programa, orientadas a la estimulación de funciones motoras y prevención de caídas de los adultos mayores participantes beneficiarios del programa, distribuidas en 24 sesiones de 45 a 60 minutos de duración cada una, de acuerdo a los contenidos entregados en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y en la Orientación Técnica.

Estimulación de funciones cognitiva: Ciclo de actividades específicas, planificadas y realizadas en forma participativa y graduada, guiadas por la dupla profesional del Programa, orientadas a la estimulación de funciones cognitivas de los adultos mayores participantes beneficiarios del programa, distribuidas en 12 sesiones de 45 a 60 minutos de duración cada una, de acuerdo a los contenidos entregados en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y en la Orientación Técnica.

Autocuidado y estilos de vida saludable: Ciclo de actividades específicas, planificadas y realizadas en forma participativa y graduada, guiadas por la dupla profesional del Programa, orientadas al autocuidado y estilos de vida saludable de los adultos mayores participantes beneficiarios del programa, distribuidas en 12 sesiones de 45 a 60 minutos de duración cada una, de acuerdo a los contenidos entregados en el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y en la Orientación Técnica.

Participantes: Corresponde a los adultos mayores que integran el programa Más Adultos Mayores Autovalentes, que asisten a cada sesión.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sesión de Taller: corresponde al número de sesiones por Taller que se han realizado durante el período a informar.

Participantes: Es el número de Adultos Mayores que han asistido a los talleres, durante el mes informado.

SECCIÓN F: TALLERES PROGRAMA VIDA SANA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Sesión de Taller: son las sesiones por cada taller ya sea Vida Sana Actividad Física o Dupla Nutricionista-Psicólogo.

Participantes: Corresponde a los usuarios que integran el programa Vida Sana, que asisten a cada sesión.

Talleres:

Vida Sana Actividad Física**:** La Actividad Física grupal para el Programa Vida Sana Prevención de Factores de Riesgo de Enfermedades No Trasmisibles, comprende las sesione realizadas por los distintos profesionales preparados para tales actividades. Se registra el número de sesiones de Actividad Física según profesional que las realiza. También se debe registrar el número total de participantes que asiste a cada una de ellas.

Vida Sana Dupla Nutricionista-Psicólogo: Se registra el número total de sesiones de educación grupal que se realizan a los usuarios del Programa Vida Sana Prevención de Factores de Riesgo de Enfermedades No Trasmisibles, realizadas por un profesional o equipo de salud. También se debe registrar el número total de participantes que asiste a cada una de ellas

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Sesión de Taller: corresponde al número de sesiones por Taller que se han realizado durante el período a informar.

Participantes: Es el número de Adultos Mayores que han asistido a los talleres, durante el mes informado.

Cuando una actividad es conducida por dos o más profesionales en forma simultánea, se registra una sola actividad, consignándola al profesional principal. Sólo para uso interno se puede registrar la actividad en ambos profesionales.

Ejemplo A:

Sesión realizada por dupla Nutricionista- Psicólogo a 30 usuarios. Se registra como 1 sesión y 30 participantes.

Ejemplo B:

Sesión realizada por 2 o más profesionales de la actividad física a 30 usuarios. Se registra como 1 sesión y 30 participantes.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-A.28
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

ESTRUCTURA REM-A.28

A. Nivel Primario
Sección A.1: Ingresos Al Programa
Sección A.2: Egresos De Sala Rehabilitación
Sección A.3: Ingresos Por Origen De La Discapacidad
Sección A.4: Consultas De Rehabilitación (Evaluación Inicial)
Sección A.5: Controles De Rehabilitación (Evaluacion Intermedia)
Sección A.6: Sesiones De Rehabilitación
Sección A.7: Procedimientos
Sección A.8: Consejería Individual Agendada
Sección A.9: Consejería Familiar Agendada
Sección A.10: Visitas Domiciliarias Integrales
Sección A.11: Personas Que Ingresan A Educación Grupal
Sección A.12: Sesiones De Educación Grupal
Sección A.13: Personas Que Logran Participación En Comunidad
Sección A.14: Actividades Y Participación
B: Nivel Especialidad
Sección B.1. Ingresos A Rehabilitación
Sección B.2: Egresos De Rehabilitación
Sección B.3: Consultas De Rehabilitación (Evaluación Inicial)
Sección B.4: Controles De Rehabilitación (Evaluacion Intermedia)
Sección B.5: Sesiones De Rehabilitación
Sección B.6: Derivaciones Y Continuidad En Los Cuidados
Sección B.7: Procedimientos Y Otras Actividades

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-A.28

GENERALIDADES: Todas las actividades de Rehabilitación que realicen los profesionales de Habilitación y Rehabilitación, deben ser registradas en este REM. (Salas de RBC, Salas RI, Equipos Rurales y Hospitales Comunitario

SECCION A.1: INGRESOS AL PROGRAMA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.1:

Ingreso: Corresponde a incorporación de una persona que será intervenida por el programa, persona en situación de discapacidad (el Cuidador no se ingresa hasta que se identifique que requiere intervención).

Ingresos con Plan Tratamiento Integral: Corresponde a incorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación con Plan Tratamiento Integral, con objetivos terapéuticos compartidos por el equipo de rehabilitación elaborada en conjunto con el usuario, por edad.

Ingresos con Plan Tratamiento Integral laboral: Corresponde a incorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación que incluye en su Plan Tratamiento Integral objetivos de Habilitación y Rehabilitación para el trabajo, por edad.

Ingresos con Plan Tratamiento Integral del cuidador: Corresponde a la incorporación en el PTI objetivos terapéuticos con el cuidador. En este caso existen dos posibilidades, una intervención conjunta PSD y cuidador, intervención breve al cuidador, ejemplo consejería a la PSD y el cuidador se registra el sujeto índice (la PSD).

Ingresos de usuarios con cuidador: Corresponde a incorporación de una persona que será intervenida por el programa, persona en situación de discapacidad, que tiene un cuidador.

Ingresos Ataque Cerebro Vascular referidos desde hospital: Corresponde a incorporación de una persona que será intervenida por el programa con un Ataque Cerebro Vascular que ha sido referido formalmente desde el hospital, ya sea del nivel secundario o terciario.

Total de Reingresos: Corresponde a la reincorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación que ya ha sido ingresada previamente al Programa por la misma patología.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.1:

Registro SECCIÓN A1: se registra el número personas que ingresan al programa, persona que puede padecer más de un patología. prima el número de personas que ingresan al Programa de Rehabilitación.

Ingresos con Plan Tratamiento Integral: Corresponde al número de personas que han sido ingresadas a l programa de Rehabilitación con Plan Tratamiento Integral, por edad. Este dato es un subgrupo del total de Ingresos, por tanto no puede superar ese número

Ingresos con Plan Tratamiento Integral laboral: número de persona en situación de discapacidad que han sido ingresadas a al programa de Rehabilitación que incluye en su Plan Tratamiento Integral objetivos de Habilitación y Rehabilitación para el trabajo, por edad. Este

dato es un subgrupo del total de Ingresos con Plan de Tratamiento Integral, por tanto no puede superar ese número.

Ingresos con cuidador: número de persona en situación de discapacidad que ingresan al programa de Rehabilitación y que tiene un cuidador.

Ingresos Ataque cerebro vascular referidos desde Hospital: Número de pacientes con Ataque Cerebro Vascular que han egresado desde el sector hospitalario y están en condiciones de recibir actividades del Programa de Rehabilitación en el sector de Atención Primaria.

Total de Reingresos: Corresponde a la reincorporación de una persona en situación de discapacidad al programa de Rehabilitación que ya ha sido ingresada previamente al Programa.

SECCION A.2: EGRESOS DE SALA DE REHABILITACION.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.2:

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

Egresos por Fallecimiento: Corresponde a las personas que egresan del programa por fallecimiento.

Egreso por alta: Corresponde al número de personas que ha totalizado su plan de tratamiento, cumpliendo con los objetivos terapéuticos.

Egreso por abandono: Corresponde al número de personas que han permanecido insistente a más de dos sesiones de tratamiento.

Los Egresos se separan por estrategias RBC (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno), RI (kinesiólogo 33 hrs), RR (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno que se desplazan por las comunas rurales).

Otros: se ingresan prestaciones realizadas por un profesional de rehabilitación con horas parciales, ej. GES Artrosis.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.2:

SECCIÓN A2: Se registra el egreso según tipo de estrategia asociada RBC, RI, RR y otros.

SECCION A.3: INGRESO POR ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.3:

Ingreso: Corresponde a incorporación de una persona que será intervenida por el programa, persona en situación de discapacidad, con un origen de discapacidad asociado a una patología.

Origen Físico: Síndrome doloroso de origen traumático, Síndrome doloroso de origen no traumático, Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera, Secuela de ACV (Ataque Cerebro Vascular), Secuelas de TEC (Traumatismo Encéfalo-Craneano), Secuela TRM (Traumatismo Raquimedular), Secuela quemadura, Enfermedad de Parkinson, Neuromuscular en menor de 20 años congénito, Neuromuscular en menor de 20 años adquirido, Neuromuscular en mayor de 20 años, Otros (Enfermedades de Origen Físico no enlistadas)[11]

Origen Sensorial visual: Congénito, adquirido, otros

Origen Sensorial auditivo: Congénito, adquirido, otros.

Otros; Cuidador: Corresponde a incorporación del cuidador que será y requiere ser intervenido por el programa (A estos cuidadores se les debe de hacer PTI, registrado en celda Y12).

[11] Ver Anexo Nº3, para los ingresos por Origen de la Discapacidad.

Aquellas personas que se ingresan para prevención, no específicamente por algún problema de salud, se ingresa en otros del rubro origen físico, en los próximos REM se hará la separación.

Los Ingresos por origen se separan por estrategias RBC (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno), RI (kinesiólogo 33 hrs.), RR (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno que se desplazan por las comunas rurales)

Otros: Se ingresa cualquier diagnóstico que no esté contenido en las definiciones establecidas anteriormente. Se ingresa en esta sección las personas que son intervenidas en actividades de prevención (Ej, Talleres de Apoyo al Cuidador) y que no vienen por una enfermedad, por tanto no tienen diagnóstico médico.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.3:

Se registra el ingreso según Origen y tipo de estrategia asociada RBC, RI, RR y otros.

Se ingresa el Número total de personas a intervenir (igual al número de ingresos) y los diagnósticos por los cuales se va a ingresar a una persona a tratamiento (pueden ser más de uno)

SECCION A.4: CONSULTAS DE REHABILITACION (EVALUACION INICIAL).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.4:

Atención entregada por, médico, terapeuta ocupacional, kinesiólogo, fonoaudiólogo y/o psicólogo, destinada a realizar evaluaciones de tipo funcionales y de funcionamiento (Aplicación de IVADEC-CIF); actividades de la vida diaria; laboral/educacional; situación emocional y cognitiva, además de y 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 entre el equipo y el usuario.

(*Consultas no deben ser incluidas en el REM 04)

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.4:

SECCIÓN A4: "consultas de Rehabilitación", el dato que se debe registrar corresponde a la evaluación inicial realizada por profesional; donde se aplica el IVADEC-CIF (REM A03, Sección D2), se aplican evaluaciones según profesional y se construye el PTI.

SECCION A.5: CONTROLES DE REHABILITACION.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.5:

Atención entregada por kinesiólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo o psicólogo en la que evalúa el impacto en el tiempo de las acciones terapéuticas programadas y, eventualmente, define, en conjunto con la persona en situación de discapacidad, la familia /o cuidador, ajustes en lo planificado para obtener los objetivos terapéuticos acordados. En cada control además se pueden hacer diferentes y múltiples procedimientos, con el fin de dar curso a las actividades definidas en el plan de tratamiento.

Para rehabilitación es necesario realizar evaluaciones intermedias para verificar el cumplimiento del PTI o modificación del mismo según los objetivos planteados en la evaluación inicial registrados en el PTI.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.5:

SECCIÓN A5: Se debe registrar el número de controles o sesiones realizados por profesional.

Se debe registrar la actividad al finalizar el plan de tratamiento en la última sesión, por lo cual lo que se informa es el control y no se registra la sesión.

El registro no es uno a uno, es decir NO SE ANOTA UN CONTROL UNA SESIÓN.

SECCION A.6: SESIONES DE REHABILITACION.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.6:

Sesiones entregadas por kinesiólogos, terapeuta ocupacional y/o fonoaudiólogo en los que se aplican los procedimientos que realiza cada uno de los profesionales individualizados del equipo de rehabilitación, según PTI

Una persona puede asistir el mismo día a sesión con el kinesiólogo y/o terapeuta ocupacional, etc.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.6:

SECCIÓN A6: Se debe registrar el número de sesiones de rehabilitación total por profesional que la realiza.

Una evaluación intermedia se registra como control de rehabilitación (Sección A.5) NO CORRESPONDE REGISTRARLO COMO SESION.

Una persona puede asistir el mismo día a sesión con el kinesiólogo y/o terapeuta ocupacional, etc.

SECCION A.7: PROCEDIMIENTOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.7:

Procedimientos rehabilitación física: Actividades terapéuticas dirigidas a la persona en situación de discapacidad en la que se aplica una o más de las siguientes tipos de intervenciones: Evaluación Ayudas Técnicas, Fisioterapia, Masoterapia, Ejercicios Terapéuticos, Habilitación/Rehabilitación Laboral, Habilitación/Rehabilitación Educacional, Confección de Órtesis y/o Adaptaciones, Habilitación y Rehabilitación de AVD, Adaptación del hogar, Actividades Recreativas, Actividades Terapéuticas y Orientación y Movilidad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.7:

SECCIÓN A7: Corresponde registrar las actividades realizadas por el equipo de Rehabilitación, correspondiente al plan de tratamiento consensuado previamente.

Evaluación de Ayudas Técnicas: se registra la entrega como tal que incluye la evaluación, el entrenamiento y educación y el proceso de trámites para conseguirla.

Fisioterapia: Aplicación de elementos de Fisioterapia: Ultrasonido, TENS, termoterapia Superficial, entre otros.

Masoterapia: Masajes corporales de estimulación, relajación, otros.

Ejercicios Terapéuticos: es la prescripción de un programa de Actividad Física que involucra al paciente en la tarea voluntaria de realizar una contracción muscular y/o movimiento corporal con el objetivo de aliviar los síntomas, mejorar la función o mejorar, mantener o frenar el deterioro de la salud.[12]

Habilitación/Rehabilitación Laboral: Habilitación y/o rehabilitación para el desarrollo de competencias laborales, aumento y fortalecimiento de redes comunitarias y sociales y coordinación con el intersector. (Ver Orientación Técnica de Habilitación y Rehabilitación para el trabajo)[13]

Habilitación/Rehabilitación Educacional: Habilitación y/o rehabilitación para el desarrollo de competencias educativas, aumento y fortalecimiento de redes comunitarias y sociales y coordinación con el intersector.

Confección de Órtesis: indicación y elaboración de dispositivos que se aplican externamente y se utilizan para modificar las características estructurales y funcionales de los sistemas neuromusculares y esqueléticos de una persona.[14]

Adaptación del hogar: Elaboración, instalación de implementos y/o desarrollo de medidas de adecuación arquitectónica y estructural para disminuir o mitigar las barreras ambientales presentes en el hogar que generan limitación en la actividad.

Actividades Recreativas: Actividades de una persona con otros de manera grupal o colectiva, las cuales permiten desarrollar y/o mejorar habilidades socialización, a través de la interacción y aprendizaje de otros.[15]

Actividades Terapéuticas: Corresponde a las actividades realizadas por profesionales de habilitación y rehabilitación destinadas al logro de los objetivos terapéuticos planteados en el Plan de Tratamiento Individual a través de acciones individuales, grupales y comunitarias.

Orientación y Movilidad: es el entrenamiento realizado a una persona con discapacidad visual orientada al entrenamiento en áreas de su desempeño ocupacional, entrenamiento en las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales apoyo para el logro de la inclusión social, laboral, escolar. Manejo del desplazamiento en el hogar y el entorno (barrio, utilización del transporte público), etc.[16]

---

[12] Taylor, 2007
[13] OT habilitación y rehabilitación para el trabajo, Minsal
[14] Clasificación y Terminología de Productos de Apoyo para Personas con discapacidad UNE-EN ISO 9999 año 2012. ISO 9999 miembro de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS.
[15] Definición adaptada de "Recreación" y "Adaptaciones" recogida de la AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional)
[16] INCI, 2000

SECCION A.8: CONSEJERIA INDIVIDUAL AGENDADA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.8:

Corresponde a la atención terapéutica aplicada por un profesional o el equipo de rehabilitación, realizada en un periodo programado. El objetivo de la consejería es enfrentar crisis normativas, no normativas, duelo, prevención, anticipación al daño, etc. Esta actividad consta de definición del problema, búsqueda de soluciones en conjunto, propuestas de soluciones, análisis de los avances a los cuales se da seguimiento posterior. El terapeuta actúa como catalizador, facilitador y potenciador de los recursos personales de la Persona en Situación de Discapacidad (PSD). No es consejería informar al usuario sobre el proceso de rehabilitación, enfermedad, tratamiento, prevención, no debe confundirse con la información sobre el proceso de enfermedad o de rehabilitación que se entrega como parte de sus derechos y de una atención de calidad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.8:

SECCIÓN A8: Corresponde al total de consejerías agendadas y programadas que ha realizado el profesional, entregadas al paciente.

SECCION A.9: CONSEJERIA FAMILIAR AGENDADA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.9:

Interacción 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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.9:

corresponde registrar el total de consejerías agendadas, dirigidas al paciente y su familia, realizada por uno o más profesionales del equipo de rehabilitación.

SECCION A.10: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.10:

Visita Domiciliaria Integral: Visita domiciliaria que se realiza a una familia con integrante en Programa de Rehabilitación, realizada por uno o más de los profesionales de rehabilitación, pueden ser acompañados por algún integrante del equipo de salud familiar. Tiene por objetivo evaluar las condiciones de vida en el hogar (estructurales, como también la dinámica familiar), asimismo, puede llevar asociada intervenciones específicas de rehabilitación, manejo de la funcionalidad, consejerías familiares, educación para la salud (enseñanza al cuidador), evaluación de ayudas técnicas, evaluación IVADEC etc. En una visita se deben realizar todas las intervenciones que sean necesarias, es integral porque en un acto realiza un amplio espectro de

actividades para resolver el problema que la persona o la familia requiere. Esta Visita aborda varios objetivos terapéuticos.

Visita de Tratamiento y/o Procedimiento: Corresponde a un conjunto de acciones con fines de tratamiento, que se realiza en el domicilio. Es esta sección solo se deben registrar las atenciones en domicilio destinadas a realizar tratamientos terapéuticos. Se registraran cada vez que se realicen.

Las Visitas Domiciliarias Integrales en Rehabilitación se separan por estrategias RBC (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno), RI (kinesiólogo 33 hrs), RR (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno que se desplazan por las comunas rurales).

Otros: se ingresan prestaciones realizadas por un profesional de rehabilitación con horas parciales, ej. GES Artrosis.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.10:

Visita Domiciliaria Integral: corresponde al Registro de visitas a familias con integrante en Rehabilitación, efectuadas por un profesional, dos o más profesional o un profesional y un técnico paramédico*, con el fin de entregar atención, intervenciones rehabilitadoras, consejerías familiares y educación.

Visita de Tratamiento y/o Procedimiento: Corresponde a un conjunto de acciones con fines de tratamiento, que se realiza en el domicilio. Es esta sección solo se deben registrar las atenciones en domicilio destinadas a realizar tratamientos terapéuticos. Se registraran cada vez que se realicen.

(* En el caso de zonas extremas, que solo cuentan con Técnico Enfermería de Nivel Superior, deberán registrar en esta última celda).

SECCION A.11: PERSONAS QUE INGRESAN A EDUCACION GRUPAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.11:

Corresponde a incorporación de una persona que será intervenida por el programa, persona en situación de discapacidad, a través de acciones grupales destinadas a actividades preventivas de discapacidad y promocionales de estilos de vida saludables que ayuden a favorecer y/o retardar patologías crónicas, como también actividades de prevención secundaria realizadas en grupo, entregando herramientas para el autocuidado. Se debe registrar el número de personas que ingresan a educación grupal.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.11:

Corresponde al registro del número de personas que ingresan a Educación grupal, recibiendo conocimientos y herramientas para el logro de la prevención secundario, e información de enfermedades en Actividades grupales.

SECCION A.12: SESIONES DE EDUCACION GRUPAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.12:

Acciones grupales destinadas a actividades preventivas de discapacidad y promocionales de estilos de vida saludables que ayuden a favorecer y/o retardar patologías crónicas, como también actividades de prevención secundaria realizadas en grupo, entregando herramientas para el autocuidado.

Las sesiones de Educación Grupal se separan por estrategias RBC (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno), RI (kinesiólogo 33 hrs), RR (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno que se desplazan por las comunas rurales).

Otros: se ingresan prestaciones realizadas por un profesional de rehabilitación con horas parciales, ej. GES Artrosis.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.12:

"Sesiones de educación grupal", corresponde al total de sesiones realizadas por esta área temática de prevención. La Educación Grupal se debe planificar a efecto de lograr cambios de conductas en las personas, utiliza metodologías participativas para entregar conocimientos y herramientas para el autocuidado. Se ingresa el número de sesiones totales realizadas en el período.

SECCION A.13: PERSONAS QUE LOGRAN PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.13:

Corresponde al número de personas según Origen de discapacidad, que han logrado participación en la comunidad (inclusión social), como hito designado en el plan de tratamiento consensuado por el equipo de rehabilitación y la persona en situación de discapacidad. De acuerdo al ciclo vital de la persona, puede ser: laboral (Trabajo o Dueña/o de casa), educativa, o comunitaria (grupos sociales, o desarrollos al interior de la familia y el hogar).En esta sección se consignan solo aquellos casos que logran su participación en comunidad producto de la intervención del equipo con la comunidad (intersector, organizaciones sociales, etc.)

Trabajo con objetivos de habilitación y rehabilitación: Persona que logra participación en un trabajo remunerado como salida del proceso de habilitación y rehabilitación para el trabajo que contaba con Plan Tratamiento Integral laboral con objetivos de habilitación y rehabilitación.

Trabajo sin objetivos de habilitación y rehabilitación: Persona que logra participación en un trabajo remunerado como salida del proceso de habilitación y rehabilitación para el trabajo, sin la intervención del equipo.

Las personas que logran participación en comunidad, se separan por estrategias RBC (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno), RI (kinesiólogo 33 hrs), RR (corresponde a un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional 44hrs. cada uno, que se desplazan por las comunas rurales).

Otros: se ingresan prestaciones realizadas por un profesional de rehabilitación con horas parciales, ej. GES Artrosis.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.13:

Se debe registrar el número de personas que han logrado participación en comunidad (Inclusión Social), producto de la intervención del equipo con la comunidad (intersector, organizaciones sociales, etc.) en el mes informado, a lo largo de su tratamiento de rehabilitación.

Trabajo: Persona que logra participación en un trabajo remunerado como salida del proceso de habilitación y rehabilitación para el trabajo.

Laboral Dueña/o de Casa: Personas que logran retomar o realizar sus labores en el hogar como una labor no remunerada.

Educativo: Personas que logran participación en el sistema educativo como salida del proceso de habilitación y rehabilitación educativa.

Comunitaria: Personas que logran participación en grupos sociales, desarrollo al interior de la familia y el hogar, entre otros (Distinto de Laboral o Educativo).

SECCION A.14: ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A.14:

Modalidades de intervención:

Diagnostico o Planificación Participativa: Se incluyen en esta sección todas las actividades asociadas al trabajo de diagnóstico participativo, la planificación y ejecución del plan con los grupos objetivos: comunas, comunidades, organizaciones asociadas a discapacidad, organizaciones comunitarias y comunidad educativa.

Actividades de promoción de la salud: Se consideran todas las actividades destinadas a la promoción de la salud y prevención de discapacidad, con los grupos objetivos: comunas, comunidades, empleadores y compañeros de trabajo, comunidad educativa, red de apoyo y cuidadores.

Actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales: Se incluyen en esta sección las capacitaciones estructuradas con objetivos educativos precisos; están destinadas a generar competencias en áreas específicas, ejemplo programas estructurados para la formación de monitores, cuidadores. Con los grupos objetivos: profesionales de salud, empleadores y compañeros de trabajo, comunidad educativa, monitores red de apoyo y cuidadores.

Asesoría a grupos comunitarios: Se registran todas las actividades de asesoría, apoyo, entre otros, con organizaciones de personas en situación de discapacidad (PSD) y organizaciones para/por PSD.[17]

[17] Guías para la RBC, OMS 2012

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A.14:

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN; actividades según líneas de acción y además el total de participantes para cada acción.

Se incluyen 4 modalidades de intervención en actividad y participación comunitaria:

Diagnostico o Planificación Participativa: Se incluyen en esta sección todas las actividades asociadas al trabajo de diagnóstico participativo, la planificación y ejecución del plan con los grupos objetivos: comunas, comunidades, organizaciones asociadas a discapacidad, organizaciones comunitarias, establecimientos educacionales.

Actividades de promoción de la salud: Se consideran todas las actividades destinadas a la promoción de la salud y prevención de discapacidad, con los grupos objetivos: comunas, comunidades, empleadores y compañeros de trabajo, comunidad educativa, red de apoyo y cuidadores.

Actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales: Se incluyen en esta sección las capacitaciones estructuradas con objetivos educativos precisos; están destinadas a generar competencias en áreas específicas, ejemplo programas estructurados para la formación de monitores, cuidadores. Con los grupos objetivos: profesionales de salud, empleadores y compañeros de trabajo, comunidad educativa, monitores, red de apoyo y cuidadores.

Asesoría a grupos comunitarios: Se registran todas las actividades de asesoría, apoyo, entre otros, con organizaciones de personas en situación de discapacidad (PSD) y organizaciones para/por PSD.

Se entiende por:

Comunas, comunidades: personas que pertenecen a la comunidad, adscritas a un CESFAM, o establecimiento de APS donde se realiza la intervención.

Organizaciones asociadas a discapacidad: Organizaciones de PSD, que trabajan con PSD y que apoyan a PSD.

Organizaciones comunitarias: Organizaciones comunitarias que no están relacionadas con PSD.

Comunidad Educativa: Docentes, paradocentes, profesionales, padres y alumnos.

Empleadores y compañeros de trabajo: Empleadores y Compañeros de Trabajo del usuario que está recibiendo prestaciones de habilitación y rehabilitación para el trabajo o que ya se encuentra incluido en un puesto laboral.

Red de apoyo: Familia, vecinos, amigos, otros. A excepción de los cuidadores.

Cuidadores: Persona que entrega asistencial habitual a una persona con Dependencia que requiere de un apoyo constante.

Profesionales de salud: Profesionales y técnicos en Salud que trabajan como apoyo en la atención de usuarios con discapacidad.

Monitores: Personas que entregan apoyo voluntario a usuarios con discapacidad o a sus familias que no tienen conocimientos en salud.

Organizaciones de PSD: Organizaciones conformadas por Personas en Situación de Discapacidad o Usuarios en control en el Programa de Rehabilitación.

Organizaciones para/por PSD: Organizaciones de personas que trabajan para y por las personas en situación de discapacidad.

Los establecimientos APS que deben registrar en este REM serán:

Establecimientos con Salas Rehabilitación de Base Comunitaria

Establecimientos con Salas de Rehabilitación Integral

Hospitales de Menor Complejidad

Establecimientos / Estrategias de APS con espacios habilitados para Actividades de Rehabilitación (CESFAM, CGU, CGR)

Equipos Rurales de Rehabilitación.

Postas de Salud Rural que realizan actividades de rehabilitación

SECCION B: NIVEL ESPECIALIDAD.

B.1. INGRESOS A REHABILITACIÓN.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.1:

Ingresos: corresponde a la incorporación de una persona al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación o Servicio de Rehabilitación. El ingreso da cuenta de la cobertura del Servicio, por tanto, se registra una sola vez, independientemente de que la persona sea vista por más de un profesional. Los ingresos se consignan por grupos sindromáticos y por grupos etarios. Se ingresan el o los diagnósticos sindromáticos de los problemas a abordar en el episodio.

Ingresos con Plan de Tratamiento Integral (PTI): Corresponde a incorporación de una persona al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación o Servicio de Rehabilitación que cuenta con Plan Tratamiento Integral, con objetivos terapéuticos compartidos por el equipo de rehabilitación elaborada en conjunto con el usuario por edad.

Se consignan en Otros aquellos problemas de salud que no están en los diagnósticos anteriores, pero que constituyen una línea de trabajo del equipo, ej. Piso pélvico

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.1:

De acuerdo al Tipo de Atención, el ingreso puede ser:

Atención Cerrada: a través de una interconsulta intrahospitalaria se deriva a un paciente que se encuentra hospitalizado, para ingreso a atención de rehabilitación.

Atención Abierta: Se genera a través de una interconsulta de Atención Primaria o con Epicrisis, según las indicaciones al momento del alta hospitalaria para continuar el proceso de rehabilitación en forma ambulatoria

SECCIÓN B.2: EGRESOS DE REHABILITACIÓN.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.2:

Egresos por ALTA: corresponde a la finalización del proceso de rehabilitación definido en un PTI (Plan de Tratamiento Integral), consensuado con la persona en situación de discapacidad, su familia y el equipo tratante, en el cual se establecieron objetivos terapéuticos y plazos; cumplidos los objetivos, se egresa por alta. EL Plan Tratamiento Integral es uno por persona, e incluye los objetivos de todo el equipo de rehabilitación.

En el egreso por ALTA se pueden presentar tres situaciones:

Paciente hospitalizado que ingresa a programa de rehabilitación en atención cerrada, se registra como egreso desde atención cerrada cuando la persona completa su tratamiento de rehabilitación y continúa hospitalizada.

Paciente dado de alta de hospitalización y continúa su tratamiento de rehabilitación en forma ambulatoria, su egreso se hará al finalizar el tratamiento y se registra como egreso desde atención abierta.

Paciente ingresa para rehabilitación en atención abierta, su egreso será desde atención abierta.

En caso de que el paciente sea derivado a otro hospital debe ser egresado en su hospital de origen e ingresado en el nuevo establecimiento.

Egreso por abandono: se considera abandono al paciente que, teniendo un pti en curso y horas asignadas para atención del equipo de rehabilitación, deja de asistir sin una razón justificada.

En el caso de atención abierta, se considerará egreso por abandono al paciente que deja de asistir a tres citaciones agendadas y efectivamente confirmadas, sin aviso.

En atención cerrada se considerará egreso por abandono al paciente que teniendo un pti en desarrollo, se niega a continuar asistiendo al servicio de rehabilitación o al tratamiento en sala. El paciente y/o familiar deberá manifestar por escrito el abandono voluntario al programa de rehabilitación.

Egreso por fallecimiento: en el caso de ocurrir este hecho durante el período de tratamiento, es necesario consignarlo, además, agregar el punto donde estaba recibiendo la atención abierta o cerrada.

Egresos Ataque Cerebro Vascular referido a APS: corresponde a la finalización del proceso de rehabilitación de una persona con Ataque cerebro vascular definido en un Plan de Tratamiento Integral, consensuado con la persona en situación de discapacidad, su familia y el equipo tratante, referido a un equipo de rehabilitación en APS.

SECCIÓN B.3: CONSULTAS DE REHABILITACIÓN (EVALUACIÓN INICIAL).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.3:

Consultas: corresponde a la etapa inicial del proceso terapéutico y considera la evaluación inicial o primera consulta. Dependiendo del motivo de consulta, pueden realizarse una o más consultas, de acuerdo al número de profesionales que intervienen (kinesiólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, asistente social) lo que dará origen al Plan de Tratamiento Integral del equipo. Además, un mismo profesional puede realizar una o más consultas para establecer el diagnóstico inicial.

Las consultas se consignan según profesional, grupos etarios, sexo, número de pacientes beneficiario y número de paciente evaluados en sala de hospitalización (como respuesta a interconsulta).

Las consultas del médico fisiatra u otra especialidad, se mantienen en el REM 07 ESPECIALIDADES.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.3:

SECCIÓN B3: "consultas de Rehabilitación", el dato que se debe registrar corresponde a las evaluaciones realizadas por profesional; ya sea esta evaluación inicial o final.

SECCIÓN B.4: CONTROLES DE REHABILITACIÓN (EVALUACION INTERMEDIA).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.4:

Control: es el acto terapéutico realizado en etapas intermedias del tratamiento, destinado a evaluar el estado de avance de la intervención del equipo de rehabilitación con los objetivos planteados en el PTI. En caso de ser necesario, tomar las medidas de ajuste a los objetivos del PTI.

Esta acción considera un tiempo especialmente destinado para ello, y considera la entrevista y/o la aplicación de instrumentos que permitan comparar con la medición anterior, y que permita tomar decisiones respecto a cambios en el tratamiento (interconsulta, derivación a un establecimiento de mayor complejidad, incorporar a otro profesional del equipo de rehabilitación, etc.)

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.4:

Se debe registrar el número de controles o sesiones realizados por profesional.

Se debe registrar la actividad al finalizar el plan de tratamiento en la última sesión, por lo cual lo que se informa es el control y no se registra la sesión.

El registro no es uno a uno, es decir no se anota un control una sesión.

SECCIÓN B.5: SESIONES DE REHABILITACIÓN.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.5:

Sesión: corresponden a las instancias de tratamiento propiamente tal, en que cada profesional aplica las técnicas propias de su disciplina (procedimientos). En esta sección cada profesional registra por separado el número de veces que una persona asiste a tratamiento, existiendo varias posibilidades de acuerdo a la intensidad del tratamiento:

1.- Una persona es atendido por un solo profesional, constituye una sesión.

2.- Una persona en un mismo día puede ser atendida por varios profesionales, cada atención por profesional es una sesión.

3.- Una persona en un mismo día puede ser atendida dos veces por uno o más profesionales (alta intensidad), se registra el número de sesiones que cada profesional realizó como intervención respecto a esa misma persona.

En cada sesión se pueden realizar uno o más procedimientos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.5:

SECCIÓN B5: Se debe registrar el número de sesiones de rehabilitación total por profesional que la realiza en nivel de especialidad.

Una evaluación intermedia se registra como control de rehabilitación (Sección B.4) no corresponde registrarlo como sesión.

SECCION B.6: DERIVACIONES Y CONTINUIDAD EN LOS CUIDADOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.6:

El objetivo de esta sección es conocer en qué nivel de la red la persona continuará su proceso de rehabilitación, se registra a la salida de cada establecimiento hospitalario de alta y mediana complejidad. La persona puede ser derivada para completar su tratamiento a otro hospital de mayor o menor complejidad de la red, o directamente a un CESFAM.

Los hospitales Comunitarios corresponden al nivel primario, ellos deben realizar el proceso final de la rehabilitación que es la inclusión social, por lo tanto, registran derivación solo si por alguna razón se ven obligados a derivar a un CESFAM o CGR.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.6:

Se registra a que nivel se deriva para continuar con los cuidados o rehabilitaciones pertinentes. Totales por centro de salud.

SECCION B.7: PROCEDIMIENTOS Y OTRAS ACTIVIDADES

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B.7:

Evaluación ayudas técnicas:

Procedimiento orientado a valorar el resultado del uso de una ayuda técnica en el usuario de modo de obtener su máxima funcionalidad. El Kinesiólogo y/o terapeuta Ocupacional apoya en la educación del uso, dosificación y cuidados de ésta. Estos profesionales, asesoran al médico en la propuesta de la ayuda técnica más óptima para las necesidades del paciente de acuerdo

Fisioterapia:

Conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos, son utilizadas para prevenir, recuperar y readaptar sistemas comprometidos. La determinación de uso y dosificación dependerá de la evaluación del usuario, patología, condición de la piel y estado emocional. Las más utilizadas son: electroterapia, termoterapia, hidroterapia, ultrasonido, entre otras.

Tratamiento compresivo:

Procedimiento por el cual se aplican fuerzas compresivas al muñón de amputación, favoreciendo el retorno venoso, inhibiendo la hipertrofia de cicatrices, mejorando la tonicidad, controlando el edema y el dolor.

Atención kinesiológica integral:

Prestación kinésica que incluye la evaluación y todos los procedimientos de medicina física, rehabilitación y/o kinesiterapia, que se le realiza a un paciente en una sesión de tratamiento.

Entrenamiento protésico:

Proceso por el cual el usuario de prótesis se reeduca en actividades de la vida, potenciando la funcionalidad remanente. Puede incluir tratamiento pre y post-protésico

Educación grupal:

Todas aquellas actividades grupales realizadas en forma de taller y/o exposición dirigidas a un conjunto de personas que comparten una problemática común; pudiendo ampliarse a usuarios, familiares, cuidadores y redes de apoyo. Orientados a la educación y prevención de ciertas temáticas relevantes para el bienestar integral del usuario y/o cuidador.

Educación familiar:

Considera charlas, entrevistas individuales, talleres y/o exposiciones, dirigidas a familiares y/o cuidadores del usuario, con el fin de educar acerca de algún tema de interés que favorezca el autocuidado y manejo hacia el paciente para la consecución de los objetivos de rehabilitación propuestos.

Aspiración (succión):

Consiste en la succión o extracción de mucosidades que se encuentran en la vía aérea y que no se pueden eliminar espontáneamente, mediante una sonda de aspiración que se introduce por vía nasofaríngea u orofaríngea con técnica limpia. Considera también, la succión nasotraqueal o por vía aérea artificial utilizando técnica estéril según la norma.

Ejercicio terapéutico:

Conjunto de técnicas que utilizan el movimiento corporal para mejorar la función musculoesquelética con la finalidad última de restablecer la funcionalidad del paciente. Esta actividad se realiza en relación al diagnóstico kinésico y debe ser dosificada y supervisada por el profesional.

Evaluación de la voz, habla y lenguaje:

Procedimiento fonoaudiológico que permite determinar la normalidad o alteración de la voz, habla y lenguaje. Se realiza a partir de la observación clínica, anamnesis, entrevistas, test formales o pautas informales.

Tratamiento de la voz, habla y/o lenguaje:

Técnicas fonoaudiológicas que permiten habilitar o rehabilitar la voz, habla y lenguaje acorde a las condiciones del usuario, su entorno familiar y escolar. Entre ellos se pueden mencionar estrategias de intervención directa (habilitación y rehabilitación del usuario) y estrategias de intervención indirecta (educación a los familiares o cuidadores del usuario, coordinación con equipo profesional del entorno escolar o laboral del usuario, entre otros).

Tratamiento funciones motoras orales:

Técnicas y estrategias fonoaudiológicas que favorecen la movilidad, sensibilidad y funcionalidad de los órganos fonoarticulatorios.

Estimulación Cognitiva:

Técnicas y estrategias fonoaudiológicas que entrenan o facilitan las funciones cognitivas relacionadas con la comunicación (atención, memoria, funciones ejecutivas, visuoespaciales y visuoconstructivas).

Prevención de deterioro de órganos fono articulatorios (OFA):

Técnicas fonoaudiológicas que buscan mantener el buen estado general de los órganos fonoarticulatorios en ausencia de alimentación por vía oral.

Evaluación de deglución:

Procedimiento fonoaudiológico que permite determinar la normalidad o alteración del proceso de deglución. Se realiza a partir de una observación clínica, anamnesis, entrevistas y evaluación directa del proceso.

Manejo trastorno deglución:

Conjunto de técnicas y estrategias fonoaudiológicas que permiten determinar la vía de alimentación segura y eficiente de acuerdo a cada caso, además de estimular y facilitar los patrones de movimientos adecuados para cada etapa dentro del proceso.

Confección órtesis y/o adaptaciones:

Se refiere a la confección de aditamentos con el objetivo de mejorar funcionalidad, postura o proteger segmentos corporales. Las férulas y órtesis son utilizadas para mejorar funcionalidad, postura y protección de segmentos, son confeccionadas con materiales como: neopreno, termoplástico de baja temperatura, plastazote y otros materiales como velcros, remaches, hebillas, correas. Se confeccionan adaptaciones para mejorar posicionamiento del usuario, aumentando la funcionalidad y participación en contextos como laboral, escolar y en actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales. Lo materiales son diversos desde elementos como cartón, maderas, esponjas, telas, velcros, termoplásticos, entre otros.

Habilitación y rehabilitación en actividades de la vida diaria (AVD):

Se realizan evaluaciones de habilidades y competencias con el fin de generar experiencias y optimizar el desempeño en las actividades de la vida diaria. Esto se realiza a través del entrenamiento y fortalecimiento de estas actividades, en contextos protegidos y comunes para el usuario, como por ejemplo, el hogar, sala de rehabilitación, la comunidad, sistemas educativos, lugar de trabajo, cuyo objetivo es lograr autonomía e independencia en el desempeño en las distintas áreas.

Habilitación y rehabilitación laboral:

Habilitación/Rehabilitación Laboral: Se refiere al trabajo del terapeuta ocupacional en el fortalecimiento de las competencias laborales adquiridas previamente y/o rehabilitarlas, según sea el caso. Considera la evaluación de capacidades remanentes, orientación laboral, evaluación de puesto de trabajo. Es derivado a APS cuando es necesario activar la red para la inserción laboral.

Habilitación y rehabilitación educacional:

Habilitación/Rehabilitación Educacional: La habilitación y/o rehabilitación se debe orientar al logro de la inclusión social, en aquellas personas niños, adolescentes o adultos jóvenes en etapa de formación que deben desarrollar las competencias educativas básicas para la integración escolar, establecer su adaptación al medio escolar o educativo, orientar a la familia, escuela o agente educativo respecto al manejo en el aula.

Actividades Recreativas:

Son actividades significativas para el usuario basadas en acciones lúdicas que tienen como fin entregar diversión, relajo, esparcimiento, participación social, y que resulta beneficioso para el proceso de rehabilitación.

Actividades terapéuticas:

Son actividades significativas y con propósito para el usuario, orientadas a cumplir los objetivos de rehabilitación, favoreciendo las capacidades motoras, sensoriales, cognitivas, emocionales,

sociales y culturales, las que se realizan a través de diversas actividades como ergoterapia o mecanoterapia.

Integración sensorial:

Técnica de intervención utilizada para regular comportamiento y procesamiento sensorial por medio de estímulos propioceptivos, vestibulares, táctiles, esperando lograr respuestas adaptativas con objetivo de mejorar habilidades motoras gruesas y finas; mejorar desempeño cognitivo; mejorar participación ocupacional, autorregulación y participación social; aumento de la competencia percibida, la autoconfianza y la autoestima; mejorar la calidad de vida del niño y su familia.

Psicoterapia Individual:

Psicoterapia Individual. Corresponde al tratamiento psicológico otorgado por un clínico habilitado por formación, a una persona que demanda de su intervención, en un encuentro confidencial y privado, respecto al sufrimiento que lo aqueja. En este proceso se requiere un "motivo de consulta", la elaboración de un "demanda terapéutica" de parte del consultante, así como también una evaluación diagnóstica y tratamiento por parte del clínico.

Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a personas en situación de discapacidad, familiar o cuidador, tendiente a apoyar el proceso terapéutico, manejo de duelo, apoyo psicológico a las etapas del ciclo vital del paciente, manejo de cuadros clínicos específicos (depresión, cuadros conductuales, etc.).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B.7:

Corresponde registrar las actividades realizadas por el equipo de Rehabilitación, correspondiente al plan de tratamiento consensuado previamente.

REM 2015

SERIE BM

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BM.18
ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO

ESTRUCTURA REM-BM.18

Sección A: Exámenes De Diagnóstico.
Sección B: Procedimientos De Apoyo Clínico Y Terapéutico.
Sección C: Intervenciones Quirúrgicas Menores.
Sección D: Intervenciones Quirúrgicas Menores Por Edad.
Sección E: Misceláneos.
Sección F: Despacho De Recetas (Todos Los Establecimientos).
Sección G: Prescripciones Administradas En Urgencia APS.
Sección H: Otras Atenciones A Pacientes Ambulatorios
Sección I: Rondas Por Tipo Y Profesional
Sección J: Otros Traslados De Pacientes
Sección K: Programa De Imágenes Diagnostica Y Programa De Resolutividad En Atención Primaria

Sección K.1: Lentes, Audífonos Y Audiometrías A Personas Hasta 64 Años (Programa De Resolutividad)

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-BM.18

Generalidades: Este REM es de uso exclusivo de establecimientos Municipales o de Entidades Públicas o Privadas con las cuales los Servicios de Salud o FONASA, hayan celebrado un convenio que establece que el financiamiento es por población a cargo.

En él se incluye el detalle de todas las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que se realizan en establecimientos de atención primaria municipal y constituyen la base para el REM-BM18A.

SECCIONES CON MISMA ESTRUCTURA DE VARIABLES:

A: Exámenes de Diagnóstico.

B: Procedimiento de apoyo clínico y terapéuticos.

C: Intervenciones Quirúrgicas Menores. : Misceláneos.

E: Misceláneos.

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.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIONES A-B y C:

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/SUR: Consigna el número de exámenes o procedimientos efectuados en establecimientos, en el mes del informe, a beneficiarios y no beneficiarios de la ley18.469, en el nivel de atención SAPU.

No SAPU/SUR: Corresponde el registro de las actividades realizadas en los Establecimientos No SAPU, al total de beneficiarios y no beneficiarios.

SECCION C: INTERVENCIONES QUIRURGICAS MENORES.

La intervención Quirúrgica Menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas.

Protocolizar la cirugía menor ayuda a reducir la tasa de derivación a la atención especializada, resta el tiempo de espera y aumenta la actividad y la capacidad resolutiva de la atención primaria.

En esta sección se detallan las Intervenciones Quirúrgicos menores realizadas en establecimientos SAPU y No SAPU.

SECCION D: INTERVENCIONES QUIRURGICAS MENORES POR EDAD.

En esta sección el registro contempla las intervenciones quirúrgicas realizadas en el nivel de atención SAPU y No SAPU, según Grupos de Edad, < de 15 años y > 15 años.

SECCION E: MISCELANEOS.

En esta sección se describen diferentes tipos de prestaciones comprende Curación simple ambulatoria, auto cuidado de pacientes DID, Oxigenoterapia domiciliaria y procedimientos de podología.

Procedimientos de Podología: Corresponde a una prestación de salud, realizada por podólogo que incluye por sesión todas las actividades destinadas a la prevención y tratamiento de las complicaciones de pie diabético u otros.

Oxigenoterapia en Domicilio: Es la administración de oxígeno en el domicilio a pacientes estables en situación de insuficiencia respiratoria crónica.

Algunas enfermedades pulmonares o de otra causa disminuyen la concentración sanguínea de oxigeno requiriendo para su tratamiento el uso de técnicas de terapia respiratoria, con provisión de Oxigeno. La aplicación de gran parte de estos tratamientos se desarrolla en el medio hospitalario, pero en ocasiones, puede efectuarse en el propio domicilio del paciente, siempre y cuando tengan las condiciones clínicas y domiciliarias necesarias.

En esta sección corresponde registrar el número de sesiones efectuadas según previsión, independiente de los procedimientos o prestaciones que se realicen en ella.

SECCION F: DESPACHO DE RECETAS (TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS).

Receta Médica: Se entiende por receta médica la orden suscrita por médico cirujano, cirujano dentista, matrona u otro profesional legalmente habilitado para hacerlo con el fin de que una cantidad de cualquier medicamento o mezcla de ellos sea dispensada conforme a lo señalado por el profesional que lo extiende. (Art. 34, decreto supremo No 466 de 1984, Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes farmacéuticos y Botiquines y Depósitos autorizados)

Recetas despachadas: Corresponde a aquellas recibidas en la unidad de Farmacia o en la unidad de Dispensación cuando corresponda clasificadas en las variables crónicos, morbilidad general, métodos Anticonceptivos (incluye los métodos hormonales y no hormonales: T de Cobre y preservativos) sea por despacho directo a la usuaria o por reposición de existencia a la unidad que efectúa el procedimiento.

Despacho Total: corresponde a total de recetas despachadas en su totalidad, clasificadas en las variables crónicos, morbilidad general, métodos Anticonceptivos (incluye los métodos hormonales y no hormonales: T de Cobre y preservativos) sea por despacho directo a la usuaria o por reposición de existencia a la unidad que efectúa el procedimiento.

Despacho Parcial: Corresponde aquellas en que se despacharon sólo alguno de los medicamentos incluidos o una parte de ellos según la indicación del profesional. Ej.: en una receta el médico indica 3 medicamentos distintos y uno de ellos carece de existencia, eso corresponderá a un despacho parcial.

Prescripciones solicitadas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica.

Prescripciones rechazadas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica que no se encuentra disponible en la sección de Farmacia del establecimiento en el momento de ser solicitada. Si la receta fue despachada parcialmente, generara una o más prescripciones rechazadas.

Se registran para el periodo respectivo las recetas recibidas y con despacho parcial sin el respaldo de alguna norma ministerial o local (no se considera en esta categoría el despacho fraccionado de medicamentos indicados a paciente crónico por periodos superiores a 30 días de acuerdo a la aplicación de la NGT No12, capitulo 9) en la Sección de Farmacia ya sea para pacientes crónicos (Epilépticos, Diabéticos, Hipertensos, Hipertiroidismo, Asma Bronquial, patologías de Salud Mental con tratamientos prolongados sin mayor modificación; Parkinson y Artrosis), y/o Morbilidad General y el número de prescripciones solicitadas para estos pacientes.

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

Atención Primaria: Consultorio General Urbano o Centro de Salud Urbano (CGU); Consultorio General Rural Centro de Salud Rural (CGR); Centro de Salud Familiar (CESFAM); Consultorio Adosado Hospital baja complejidad; Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF) y Postas de Salud Rural.

Los medicamentos que deben considerarse en la Receta son los contenidos en el arsenal farmacológico vigente para el correspondiente nivel de atención y aquellos medicamentos con garantía en la atención (si aún no han sido incorporados al Arsenal respectivo).

Recetas despachadas con oportunidad (entregado el mismo día): Se entenderá por receta despachada de manera total y oportuna, a toda receta que es solicitada en farmacia, que se despacha en todas las prescripciones, en las dosis, cantidades indicadas y se entrega el mismo día, y al momento en que el usuario solicita la entrega.

SECCIÓN G: PRESCRIPCIONES ADMINISTRADAS EN URGENCIA APS.

Corresponde el(los) medicamento(s) que se administra(n) al paciente en la atención de SAPU o Atención Ambulatoria en Servicio de Urgencia, prescrito(s) previamente por el profesional facultado en el registro de "Dato Atención de Urgencia".

SECCION H: OTRAS ATENCIONES A PACIENTES AMBULATORIOS.

Atención por Terapeuta Ocupacional: corresponde a la prestación de salud que incluye por sesión los procedimientos terapéuticos que realiza el (la) Profesional Terapeuta Ocupacional a un paciente, con prescripción médica de dicho tratamiento.

Atención por Kinesiólogo (No SAPU): corresponde a la realización de procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación o Kinesioterapia realizados, por prescripción médica, por el (la) profesional Kinesiólogo(a) a un paciente.

Atención por Educadora de Párvulo/Diferencial: corresponde a procedimientos de estimulación a niños(as) diagnosticados con rezago, riesgo y retraso en su desarrollo psicomotor, los que consideran como por ejemplo, aplicación de instrumentos de evaluación de DSM, reuniones de planificación, entrevista diagnostica, sesiones individuales con los padres y/o cuidadores,

sesiones individuales con niñas y niños, visitas domiciliarias integrales, talleres para padres y/o cuidadores, entre otras.

Corresponde registrar el número de sesiones de los procedimientos que realiza el Terapeuta Ocupacional, el Kinesiólogo y la Educadora de Párvulos a pacientes ambulatorios, según grupos de edad. Los procedimientos realizados por kinesiólogo(a) en Salas IRA-ERA o Mixta deben ser registrados en REM-A.23.

Los procedimientos realizados por kinesiólogo(a) en Salas de Rehabilitación o espacios físicos habilitados para Rehabilitación según Programa, deben ser registrados en REM A28.

En el caso de Postas de Salud Rural, en las que se ha contratado Educadoras de Párvulos, y realizan ingreso a Salas de Estimulación, deberán ser registradas en sección F del REM A05.

SECCIÓN I: RONDAS POR TIPO Y PROFESIONAL

Ronda a Posta de Salud Rural: Corresponde al traslado programado de un equipo de salud que concurre periódicamente a un establecimiento de Salud Rural, para efectuar atención integral, este tipo de rondas puede ser por vía terrestre, aérea o marítima.

SECCIÓN J: OTROS TRASLADOS DE PACIENTES

Traslado no de Urgencia: Es aquel traslado de pacientes NO de Urgencia, ya sea urbano o rural según definiciones de la Red Asistencial. Este traslado puede ser por vía terrestre (ambulancia), aérea o marítima.

SECCIÓN K: PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICA Y PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD

EN ATENCIÓN PRIMARIA

Este programa tiene el objetivo de mejorar mediante, el apoyo de procedimientos de Imagenología, la capacidad resolutiva en el diagnóstico clínico, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia y calidad técnica considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e integral. Otorgando prestaciones de apoyo diagnóstico, 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 Diagnostica y Programa de Resolutividad de Atención Primaria, permitiendo conocer la demanda de exámenes y porcentaje de realización de estos (Consultorios Generales urbanos y Rurales y/o Centros de salud, Postas de Salud Rural dependientes las Municipalidades). El cumplimiento oportuno de estas actividades se puede realizar por distintas vías, como compras de servicio, producción propia del establecimiento.

Incluye:

Mamografías solicitadas: Corresponde a los exámenes de mamografía que fueron indicados o solicitados a los pacientes según grupos de edad.

Mamografías informadas: 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 informadas: 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 informadas: Corresponde a los exámenes de ecotomografía abdominal realizados e informados su resultado, según grupos de edad y los que correspondan con resultado de litiasis biliar.

Cirugía Menor Solicitadas: Corresponde a las intervenciones quirúrgicas menores indicadas por el profesional médico a los pacientes que lo requieran.

Cirugía Menor Realizadas: Corresponde a las intervenciones quirúrgicas menores realizadas por el profesional médico a los pacientes que lo requieran.

Biopsias de Cirugía Menor enviadas a Anatomía Patológica: Corresponde a las muestras, productos de Cirugías Menores realizadas y enviadas para su análisis a las Unidades de Anatomía Patológica.

SECCIÓN K.1: LENTES, AUDÍFONOS Y AUDIOMETRÍAS A PERSONAS HASTA LOS 64 AÑOS (PROGRAMA DE RESOLUTIDAD)

Esta sección corresponde a la entrega de lentes y audífonos, y a la realización de los exámenes de audiometrías a los pacientes en el marco del Programa de Resolutividad de la Atención Primaria para todas las edades hasta los 64 años de edad. El registro es realizado para los Consultorios Generales Urbanos y Rurales y/o Centros de Salud, Posta de Salud Rural dependientes de las Municipalidades.

SECCIÓN K.2: ENTREGA DE AYUDAS TÉCNICAS GES A PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS EN EL ESTABLECIMIENTO

Esta sección incluye el total de ayudas técnicas (bastones, andadores, andadores de paseo, cojines antiescaras, colchones antiescaras, sillas de rueda y lentes indicados por presbicia) entregadas por el establecimiento en el marco del cumplimiento de las Garantías Explícitas de Salud (GES). (Consultorios Generales Urbanos y Rurales y/0 Centros de Salud, postas de Salud Rural dependientes de las Municipalidades).

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BM.18A
LIBRO DE PRESTACIONES DE APOYO DIAGNOSTICO y TERAPÉUTICO

ESTRUCTURA REM-BM.18A

Sección A: Exámenes De Diagnóstico Y Exámenes De Imagenología

Sección B: Procedimientos De Apoyo Clínico Y Terapéutico

Sección C: Intervenciones Quirúrgicas Menores

Sección D: Misceláneos

Sección E: Otros Exámenes Y Procedimientos De Apoyo Clínico Y Terapéutico (Sin Código En Arancel)

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-BM.18A

Generalidades: Este rem es para uso exclusivo de los establecimientos que integran el sistema nacional de servicios de salud, sean dependientes del ministerio de salud o entidades públicas o privadas con las cuales los servicios de salud o el Fonasa hayan celebrado convenio que establezca que el financiamiento es por prestaciones otorgadas.

Este rem incluye el detalle de todas las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que se realizan en establecimientos de atención primaria municipal y constituyen la base para el rem-b18.

Los exámenes que se realizan en establecimientos municipales, registrados en la Serie A, Exámenes Bacteriológicos Programa Tuberculosis, Exámenes de Pesquisa de Enfermedades Transmisibles, se deben detallar en REM BM 18A, con fines estadísticos, en la modalidad de SAPU, NO SAPU aquellos exámenes procesados en laboratorios del establecimiento, o compra de servicio, para los exámenes procesados en establecimientos del Intra o Extrasistema, según corresponda.

Incluye:

Cada una de las actividades descritas en este REM, se clasifican según sean realizadas en Establecimientos SAPU y No SAPU.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIONES A:

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 ley18.469, 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 bebe registrar por funcionario es decir Medico u Otro.

En la compra de Servicio va el registro de todas las actividades que no están incluidas como producción del establecimiento.

TELEMEDICINA: Es el suministro de servicios de atención sanitaria en los que la distancia constituye un factor crítico, realizado por profesionales que apelan a tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven.

Solicitudes:

Nº de Tele-electrocardiogramas: Corresponde a la petición de exámenes de electrocardiograma, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con esta tecnología tanto de la Red Asistencial , denominado Institucional, como a establecimientos del Extrasistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Radiografías Odontológicas: Corresponde a la petición de exámenes radiológicos odontológicas, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con esta tecnología tanto de la Red Asistencial, denominado Institucional, como a establecimientos del Extrasistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

En esta sección se debe registrar Informe de Electrocardiograma Número de Radiografías Odontológicas, ya sea por medio Institucional o Compra de Servicio o Convenio.

Existen dos prestaciones que se realizarán en los SAR y que no poseen codificación FONASA. Estos exámenes serán realizados con Point of Care por sus siglas en inglés (POC) se refiere a un método de pruebas médicas donde se capturan los datos y se interpretan los resultados poco tiempo después por el profesional sanitario que administra la prueba.

Cartridge para Troponina: Determinación de Enzimas Cardiacas: Troponina en sangre

Cartridge Múltiple: Determinacion Hematocritos, Hemoglobina, ELG, Creatinina en sangre[18]

[18] Manual Operativo SAR, Ministerio de Salud. 2015

REM 2015

SERIE BS

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BS.0
FACTURACION PAGO POR PRESTACIONES INSTITUCIONALES (P.P.I.)

Rem de uso exclusivo de los establecimientos que integran el sistema nacional de servicios de salud, sean dependientes del ministerio de salud o entidades públicas o privadas (delegados) con las cuales Fonasa hayan celebrado convenio.

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

ESTRUCTURA REM-BS.0

Sección A: Atenciones Abiertas (Rem 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07 Y 08).

Sección B: Exámenes De Diagnostico (Libro Anexo Rem 17a).

Sección C: Procedimientos De Medicina Nuclear, Ginecología, Obstetricia Y Ortopedia (Libro Anexo Rem17a).

Sección D: Intervenciones Quirúrgicas (Libro Anexo Rem17a).

Sección E: Partos (Libro Anexo Rem17a).

Sección F: Atención Odontológica (Grupo 27 Del Rem 17a).

Sección G: Atención Cerrada, Días De Hospitalización (Rem 20).

Sección H: Actividades Protección Específica (Rem 17a).

Sección I: Hemodiálisis Y Peritoneodialisis (Libro Anexo Rem17a).

Sección J: Procedimientos Diagnósticos Y Terapéuticos.

Sección K: Misceláneos (Rem 17a).

Sección L: Facturación Por Atenciones Salud Ocupacional Y Ambiental (Rmc0- Salud Ocupacional Y Medio Ambiente).

Sección M: Lentes, Audífonos, Medicina Transfusional, Pnda, Tbc, Traslados Y Rondas Rurales.

Sección M: Resumen De Facturación PPP Servicio De Salud.

Sección N: Resumen De Facturación Compra De Servicios.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-BS.0

Las secciones consignadas poseen similar estructura, Prestaciones Beneficiarios (LEY18.469), Arancel unitario (en el caso que lo tenga designado) y como última columna, Pago por prestaciones.

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BS.17
ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO

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

ESTRUCTURA REM-BS.17

Sección A: Exámenes De Diagnóstico.

Sección B: Medicina Nuclear Y Radioterapia.

Sección C: Procedimientos De Ortopedia.

Sección D: Hemodiálisis.

Sección E: Actos Quirúrgicos E Intervenciones Quirúrgicas.

Sección F.1: Intervenciones Quirúrgicas Por Tipo De Intervención (Institucionales).

Sección F.2: Compras Realizadas Al Extrasistema De Intervenciones Quirúrgicas Por Tipo De Intervención.

Sección G: Amputación Por Pie Diabético.

Sección H: Procedimientos Médicos De Diagnósticos Y Terapéuticos.

Sección I: Misceláneos.

Sección J: Despacho De Recetas De Pacientes Ambulatorios.

Sección K: Prescripciones Administrada En Urgencia Aps.

Sección L: Actividades En Unidad De Farmacia Hospitalaria.

Sección M: Otras Atenciones A Pacientes Ambulatorios.

Sección N: Rondas Por Tipo Y Profesional.

Sección O: Otros Traslados De Pacientes.

Sección P.1: Programa De Imágenes Diagnósticas Y Programa De Resolutividad En Atención Primaria.

Sección P.2: Lentes, Audífonos Y Audiometrías A Personas Hasta Los 64 Años (Programa De Resolutividad).

Sección Q: Entrega De Ayudas Técnicas Ges A Personas De 65 Y Más Años En El Establecimiento.

Sección R: Exámenes de Tamizaje Point Of Care (SAR)

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-BS.17

SECCIONES CON IGUAL ESTRUCTURA DE VARIABLES:

A: Exámenes de Diagnóstico.

B: Medicina Nuclear y Radioterapia.

C: Procedimientos de Ortopedia.

D: Hemodiálisis.

H: Procedimientos Médicos de Diagnóstico y Terapéuticos.

Estructura de variables:

- Condición de beneficiario, según tipo de prestación
- Procedencia de la solicitud (atención cerrada, abierta o de emergencia).
- Compras de Servicio realizadas al Sistema: Corresponde al registro de exámenes o procedimientos que el Establecimiento debe comprar a otro establecimiento del SNSS. Dichas actividades deberán ser incluidas en las columnas de actividades a beneficiarios, pues son realizadas en las instalaciones del establecimiento, fuera del horario normal de los profesionales ejecutantes.
- Compras de Servicio realizadas al Extra-sistema: Corresponde al registro de exámenes o procedimientos que el establecimiento deba comprar a establecimientos externos que no pertenecen al SNSS. Dichas actividades no se incluyen en las columnas de exámenes realizados, por no representar la producción propia del establecimiento.
- Ventas de Servicios: Corresponde al registro de exámenes o procedimientos realizados por el establecimiento a otros servicios o centros de salud tanto públicos como privados. Esta información sólo tiene carácter estadístico para la medición de producción total por lo tanto debe ser incluida en las columnas total y no en la columna de beneficiario, aunque sean realizadas a éstos, dado que el establecimiento está facturando por otras vías.

SECCIONES A, B, C, D Y H, I: EXÁMENES O PROCEDIMIENTOS

En estas secciones se describen diferentes tipos de Exámenes de Laboratorio, Imagenología, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Radioterapia, Procedimientos de Ortopedia, de Hemodiálisis, de Diagnóstico y Terapéuticos y Misceláneos, que se registran según la caracterización de variables descrita en el párrafo precedente de estructura general.

SECCIÓN E: ACTOS QUIRÚRGICOS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Acto Quirúrgico: Es un conjunto de acciones efectuadas a un paciente en una misma oportunidad, por uno o más cirujanos en el pabellón o quirófano, generalmente bajo anestesia y para un tratamiento determinado.

Representa de por sí un acto médico integral que incluye además técnicas específicas para la realización del mismo.

En un mismo "acto quirúrgico" puede efectuarse una o más intervenciones quirúrgicas, considerándose para el registro Estadístico de éste, sólo la Intervención Quirúrgica, de mayor complejidad.

Intervención Quirúrgica: Es la actividad terapéutica efectuada preferentemente en pabellón quirúrgico y por personal calificado, que implica la incisión de la piel u otros planos, con el fin de extirpar, drenar, liberar o efectuar un aseo quirúrgico ante un cuadro patológico.

Cirugías Menores**:** Comprende procedimientos quirúrgicos sencillos y habitualmente de corta duración, realizados sobre tegumentos o estructuras fácilmente accesibles, efectuada con/sin anestesia local, requiriendo mínima medicación pre-operatoria, puede ser realizada en sala de procedimientos.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E: columna Total de Actos Quirúrgicos se registra el número de Actos Quirúrgicos efectuadas en el mes del informe, tanto a beneficiarios como no beneficiarios de la ley 18.469.

En la columna Beneficiarios de Actos Quirúrgicos se registra el número de Actos Quirúrgicos efectuadas en el mes informado, a los beneficiarios de la ley 18.469.

En las columnas Intervenciones Quirúrgicas, Beneficiarios y No Beneficiarios (Total, 100%, 75% y 50%). Se registra el número de intervenciones efectuadas a los beneficiarios y no beneficiarios según corresponda y en el mes del informe, agrupando las intervenciones según Normas Técnico-Administrativas de FONASA al 100%, 75% y 50%.

En la columna Cirugías Menores, se registra el total de Cirugías menores realizadas por el establecimiento en el mes del informe, según tipo de intervención, debiendo considerar para el registro en forma general, aquellas cuyo código adicional sea menor a 5, con excepción de los códigos 20-04-001 y 20-04-002, cuyo código adicional es 4 y son consideradas intervenciones mayores.

En las columnas "Compras realizadas al sistema", se registran las intervenciones quirúrgicas realizadas por médicos contratados en modalidad honorarios a suma alzada en las especialidades para los que fueron contratados o por la modalidad de médicos de llamada. Las actividades deberán ser incluidas en las columnas de actividades a beneficiarios, pues son realizadas en las instalaciones del establecimiento, fuera del horario normal de los profesionales ejecutantes.

"Compra de Servicios al extra sistema" y "Venta de Servicios" son válidas las definiciones descritas para "Exámenes o Procedimientos".

El Retiro de Material de Osteosíntesis, debe excluirse de las Cirugías de Traumatología y Ortopedia, y ser registradas en forma independiente en el REM17, Sección C y en el REM-0, Sección D, código 2106.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F.1:

Esta sección solicita el desglose de las actividades realizadas por los cirujanos, si el pabellón en el que se practicó la intervención es arrendado, no es un impedimento para realizar el registro de cirujanos.

Corresponde a los Intervenciones 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 Modalidad de Atención Integral, por el establecimiento.

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F.1:

Sección F.1: En esta Sección se registra, el número de intervenciones Electivas Mayores No Ambulatorias, Cirugías Electivas Mayores Ambulatorias, Urgencia y Menores, desagregadas según "Horario Normal" y "Honorario u otra modalidad" por grupo edad (mayores de 15 y menores de 15 años) para el Total de intervenciones. En columna separada se registran las intervenciones quirúrgicas realizadas a Beneficiarios. Por lo tanto, la suma de las cirugías, según grupo de edad, debe ser coincidente con el total de las Intervenciones Totales realizadas a Beneficiarios y No Beneficiarios, ejecutadas en el establecimiento.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F.2:

Esta sección está destinada a registrar exclusivamente las intervenciones quirúrgicas **(paquete completo de intervención)** que se realizan en establecimientos que no pertenecen al SNSS, a través de la compra de servicios y tiene la finalidad de disponer de información para evaluar gestión sobre la materia.

Nota: Las intervenciones registradas en la sección F.2, deben ser menor o igual con el registro de la sección E, información proveniente del REM 17D.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F.2:

Sección F.2: se registra, el número de intervenciones Electivas Mayores No Ambulatorias, Cirugías Electivas Mayores Ambulatorias y Urgencia, compradas al extrasistema de intervenciones quirúrgicas, desagregadas por grupo de edad (mayores de 15 y menores de 15 años) para el Total de intervenciones. Por lo tanto, la suma de las cirugías, según grupo de edad, debe ser coincidente con el total de las Intervenciones realizadas por compra de servicio en el establecimiento.

CLASIFICACIÓN DE LAS CIRUGÍAS:

Cirugía electiva**:** Es el procedimiento quirúrgico que por las características del cuadro clínico del paciente, puede ser diferida su realización en el tiempo, sin riesgo vital y que ha sido agendada previamente.

Cirugía de urgencia**:** Es aquélla que, por la característica del cuadro patológico presentado en el paciente, debe ser realizada en forma inmediata e impostergable.

Cirugía menor**:** comprende procedimientos quirúrgicos sencillos y habitualmente de corta duración, realizados sobre tegumentos o estructuras fácilmente accesibles. Puede ser realizada con anestesia local, requiriendo mínima medicación pre-operatoria, puede ser realizada en sala de procedimientos, es de bajo riesgo vital y presenta escasas complicaciones.

Cirugía mayor**:** comprende procedimientos quirúrgicos complejos, implica manipulación de órganos vitales y/o cuya incisión permite acceder a grandes cavidades (incluye cirugía Máxilo - facial). Requiere de un equipo quirúrgico y anestesista especializado, se realiza siempre en pabellón quirúrgico. Demanda preparación pre-operatoria, sedación, anestesia general y/o regional, eventualmente local. Utiliza recuperación post quirúrgica, puede necesitar apoyo a funciones vitales.

Cirugía mayor ambulatoria (CMA)**:** Corresponde a todo acto quirúrgico mayor incluido en el listado que se detalla a continuación, que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el usuario, pasado un periodo de recuperación, vuelve a su domicilio el mismo día. Se considerarán también CMA los casos en que el paciente pernocte en el establecimiento siempre que su estadía sea menor o igual a 12 horas y que ésta se realice en sala de recuperación u otra destinada a este fin, y no en una cama hospitalaria. Cabe señalar que se excluyen las cirugías odontológicas y de urgencia.

Listado sugerido de Intervenciones Quirúrgicas a ser realizadas en forma ambulatoria:

ESPECIALIDAD	PATOLOGIA
Cirugía general	Hernias umbilicales, inguinales, crurales, línea blanca y algunas pequeñas eventraciones. Várices Tumores de mama benignos Tumores pequeños de cabeza y cuello Colecistectomía por laparoscopía
Coloproctología	Hemorroides Fístulas Fisuras Anales
Oncología	Tumores pequeños
Máxilo facial	Reducción de Fracturas
Plástica	Cirugía Reconstructiva
Urología	Fimosis Parafimosis Hidrocele
Oftalmología	Cataratas
Otorrinolaringología	Amigdalectomía, Adenoidectomía
Cirugía infantil	Hernia Criptorquidia Fimosis
Neurocirugía	Túnel carpiano
Ginecología	Esterilización Tubaria otras Cirugías ginecológicas por Laparoscopia
Traumatología	Reducción quirúrgica de Fracturas

Cirugía Electiva Mayor No Ambulatoria**:** Es el procedimiento quirúrgico, que puede ser diferida su realización en el tiempo, que comprende procedimientos quirúrgicos complejos, requiere de equipo quirúrgico especializado, anestesista, pabellón y la ocupación de una cama hospitalaria, debiendo pernoctar en éstas.

Cirugía Electiva Mayor Ambulatoria**:** Es aquel procedimiento, que puede ser diferida su realización en el tiempo, que comprende procedimientos quirúrgicos complejos, requiere de equipo quirúrgico especializado, anestesista, pabellón ambulatorio o central y que luego de la recuperación del paciente éste retorna a su domicilio o si pernocta en el establecimiento por un periodo igual o inferior a 12 hrs. en sala de recuperación u otra destinada a este fin, y no en una cama hospitalaria.

Con Médicos en Horario Normal**:** Se refiere a todas aquellas cirugías realizadas por los profesionales médicos cirujanos dentro de su jornada contratada, (11, 22, 33 o 44 hrs. de contrato)

Con médicos contratados a honorarios u otra modalidad**:** Se refieren a todas aquellas cirugías realizadas por los profesionales médicos cirujanos o 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.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

Se refiere a la Intervención Quirúrgica de amputación, de la extremidad inferior de un paciente con diagnóstico de pie diabético, pudiendo ser:

Ortejos: Se refiere a la amputación de uno o más ortejos, y a nivel de metatarsos

Pie completo: Ésta se refiere a la amputación infra o supracondílea.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: se registra sólo aquellas intervenciones quirúrgicas con diagnóstico de pie diabético, desagregadas en total y beneficiarios. Obtener la información de los registros de pabellón, incluidas en sección E1 y E2.

SECCIÓN H: PROCEDIMIENTOS MEDICOS DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICOS.

Procedimientos Facturables**:** Se refiere a aquellos procedimientos médicos incluidos en el Arancel de la Modalidad de Atención Institucional definido por FONASA, y registrados en el REM 17 A y REM 0.

Procedimientos No Facturables**:** Se refiere a aquellos procedimientos NO incluidos en el Arancel de Modalidad Institucional que realice el Establecimiento y son registrados en su detalle en el REM 17 C, cuyo objetivo es sólo para fines estadísticos.

SECCIÓN I: MISCELÁNEOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN I:

En esta sección se describen diferentes tipos de prestaciones efectuadas según previsión de los pacientes (beneficiarios y no beneficiarios). Se registran en REM 17A, traspasándose automáticamente los datos a esta sección.

Procedimientos de Podología**:** Corresponde a una prestación de salud, realizada por podólogo que incluye por sesión todas las actividades destinadas a la prevención y tratamiento de las complicaciones de pie diabético u otros.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN I:

Sección I: se registrar el número de sesiones efectuadas de podología según previsión, independiente de los procedimientos o prestaciones que se realicen en ella, desagregado en total y beneficiarios. El resto de las prestaciones de esta sección se obtendrán a través de un vínculo automático proveniente del REM 17A.

SECCIÓN J: DESPACHO DE RECETAS DE PACIENTES AMBULATORIOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN J:

Receta Médica**:** Se entiende por receta médica la orden suscrita por médico cirujano, cirujano dentista, matrona u otro profesional legalmente habilitado para hacerlo con el fin de que una cantidad de cualquier medicamento o mezcla de ellos sea dispensada conforme a lo señalado por el profesional que lo extiende. (Art. 34, decreto supremo Nº 466 de 1984, Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes farmacéuticos y Botiquines y Depósitos autorizados).

Recetas despachadas: corresponde a aquellas recibidas en la unidad de Farmacia o en la unidad de Dispensación cuando corresponda clasificadas en las variables crónicos, morbilidad general, métodos Anticonceptivos (incluye los métodos hormonales y no hormonales: T de Cobre, y preservativos) sea por despacho directo a la usuaria o por reposición de existencia a la unidad que efectúa el procedimiento.

Despacho Total: corresponde al total de recetas despachadas en su totalidad, clasificadas en las variables de crónicos y morbilidad general, métodos Anticonceptivos (incluye los métodos hormonales y no hormonales: T de Cobre, y preservativos) sea por despacho directo a la usuaria o por reposición de existencia a la unidad que efectúa el procedimiento

Despacho Parcial: Corresponde aquellas en que se despacharon sólo alguno de los medicamentos incluidos o una parte de ellos según la indicación del profesional. (No se aplica Servicio Urgencia Hospitales y Servicio Atención Primaria de Urgencia (SAPU)). Ej.: en una receta el médico indica 3 medicamentos distintos y uno de ellos carece de existencia, eso corresponderá a un despacho parcial.

Prescripciones solicitadas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica.

Prescripciones rechazadas: Corresponde al medicamento o a los medicamentos prescritos en una receta médica que no se encuentra disponible en la Sección Farmacia del Establecimiento en el momento de ser solicitada. (No se aplica Servicio Urgencia Hospitales y Servicio Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Si la receta fue despachada parcialmente generará una o más prescripciones rechazadas.

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

En Atención Primaria: Consultorio General Urbano o Centro de Salud Urbano (CGU); Consultorio General Rural Centro de Salud Rural (CGR); Centro de Salud Familiar (CESFAM); Consultorio Adosado Hospital de Menor Complejidad; Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF) y Postas de Salud Rural y SAPU.

En Atención nivel Secundario: Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT); Centro de Referencia de Salud (CRS); Consultorio de Salud Mental (COSAM); Consultorio Adosado de hospitales de Mayor y Mediana Complejidad.

Los medicamentos que deben considerarse en la Receta son los contenidos en el arsenal farmacológico vigente para el correspondiente nivel de atención y aquellos medicamentos con garantía en la atención (si aún no han sido incorporados al Arsenal respectivo).

Recetas despachadas con oportunidad (entregado el mismo día): Se entenderá por receta despachada de manera total y oportuna, a toda receta que es solicitada en farmacia, que se despacha en todas las prescripciones, en las dosis, cantidades indicadas y se entrega el mismo día, y al momento en que el usuario solicita la entrega[19].

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN J:

Sección J: se registran para el periodo respectivo las recetas recibidas y con despacho parcial sin el respaldo de alguna norma ministerial o local (no se considera en esta categoría el despacho fraccionado de medicamentos indicados a paciente crónico por periodos superiores a 30 días de acuerdo a la aplicación de la NGT Nº12, capitulo 9) en la Sección de Farmacia ya sea para pacientes crónicos (Epilépticos, Diabéticos, Hipertensos, Hipertiroidismo, Asma Bronquial, patologías de Salud Mental con tratamientos prolongados sin mayor modificación; Parkinson y Artrosis), y/o Morbilidad General y el número de prescripciones solicitadas para estos pacientes.

Recetas Despachadas con oportunidad: se registra el número de recetas que han sido despachadas completamente al momento de acudir a la farmacia del establecimiento. No es excluyente si el paciente va con una receta prescrita con fecha anterior.

[19] Ficha técnica Balance Score Card, Indicador: Porcentaje de Despacho de Receta Total y Oportuno.

SECCIÓN K: PRESCRIPCIONES ADMINISTRADA EN URGENCIA APS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN K:

Corresponde el(los) medicamento(s) que se administra(n) al paciente en la atención de SAPU o Atención Ambulatoria en Servicio de Urgencia, prescrito(s) previamente por el profesional facultado en el registro de "Dato Atención de Urgencia".

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN K:

Sección K: se debe registrar el(los) medicamento(s) que se administra(n) al paciente en la atención de SAPU o Atención Ambulatoria en Servicio de Urgencia, prescrito(s) previamente por el profesional facultado en el registro de "Dato Atención de Urgencia".

No corresponde registrar aquellos que fueron recetados.

SECCIÓN L: ACTIVIDADES EN UNIDAD DE FARMACIA HOSPITALARIA.

Esta sección corresponde a todos los establecimientos de la red asistencial (establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, CDT adosados, etc.) que cuenten con farmacia a cargo de químico farmacéutico, en la cual se elaboran los preparados farmacéuticos y la preparación de dosis unitaria.

La elaboración de preparados farmacéuticos son productos destinados a cubrir necesidades terapéuticas no encontradas en el mercado, ya sea derivada de su composición, presentación o dosis por forma farmacéutica. Se distinguen en preparados estériles y no estériles.

El envasado de formas farmacéuticas está destinado a la preparación de dosis unitaria para la administración a pacientes hospitalizados.

Preparado farmacéutico: producto farmacéutico que es elaborado en una farmacia que obedece a una prescripción médica.

Preparado farmacéutico estéril**:** corresponde a preparados que deben elaborarse bajo condiciones que eviten su contaminación (esterilización, área contaminación controlada).

Preparado farmacéutico no estéril**:** preparado que se ejecuta en una farmacia en condiciones habituales del área de Preparaciones/producción Por ejemplo.: Antisépticos, Desinfectantes y sus diluciones; Readecuación de formas farmacéuticas; Preparados de uso dérmico, etc.

Dosis unitaria preparada: envase de un medicamento que contiene solo la cantidad necesaria para una administración.

SECCION M: OTRAS ATENCIONES A PACIENTES AMBULATORIOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN M:

Atención por Terapeuta Ocupacional: corresponde a la prestación de salud que incluye por sesión los procedimientos terapéuticos que realiza el (la) Profesional Terapeuta Ocupacional a un paciente, con prescripción médica de dicho tratamiento.

Atención por Kinesiólogo (No SAPU): corresponde a la realización de procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación o Kinesioterapia realizados, por prescripción médica, por el (la) profesional Kinesiólogo(a) a un paciente.

Atención por Educadora de Párvulo/Diferencual: corresponde a procedimientos de estimulación a niños(as) diagnosticados con rezago, riesgo y retraso en su desarrollo psicomotor, los que consideran como por ejemplo, aplicación de instrumentos de evaluación de DSM, reuniones de planificación, entrevista diagnostica, sesiones individuales con los padres y/o cuidadores, sesiones individuales con niñas y niños, visitas domiciliarias integrales, talleres para padres y/o cuidadores, entre otras.

Nota: La facturación de la atención de kinesiólogos y Terapeutas Ocupacionales está dirigida a pacientes ambulatorios, para tratamientos que se realizan en atención abierta.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN M:

Sección M: se registrar el número de sesiones de los procedimientos que realiza el Terapeuta Ocupacional, el Kinesiólogo y la Educadora de Párvulos a pacientes ambulatorios, según grupos de edad y beneficiarios

Los procedimientos realizados por kinesiólogo(a) en Salas IRA-ERA o Mixta deben ser registrados en REM-A.23.

Los procedimientos realizados por kinesiólogo(a) en Salas de Rehabilitación o espacios físicos habilitados para Rehabilitación según Programa, deben ser registrados en REM-A.28.

SECCIÓN N: RONDAS POR TIPO Y PROFESIONAL.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN N:

Ronda a Posta de Salud Rural: Corresponde al traslado programado de un equipo de salud que concurre periódicamente a un establecimiento de Salud Rural, para efectuar atención integral, este tipo de rondas puede ser por vía terrestre, aérea o marítima.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN N:

Sección N: se registra el número de Rondas que realiza el equipo de salud, según recursos, desglosadas por tipo de traslado: terrestre, aéreo o marítimo y por tipo de profesional que participa en las rondas.

Si esta ronda es realizada por un oferente externo del sistema mediante la Compra de Servicio, se debe especificar en la columna compra de servicios - número de traslado, independiente del número de rondas totales realizadas.

Nota: el total de Rondas no necesariamente debe ser la sumatoria de todos los profesionales que participan, por cuanto en una Ronda generalmente participan dos o más profesionales.

SECCIÓN O: OTROS TRASLADOS DE PACIENTES.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN O:

Traslado no de Urgencia: Es aquel traslado de pacientes NO de Urgencia, ya sea urbano o rural según definiciones de la Red Asistencial. Este traslado puede ser por vía terrestre, aérea o marítima

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN O:

Sección O: se registra el número de pacientes trasladados NO de Urgencia, según tipo de transporte: terrestre, aéreo o marítimo. Si este traslado es realizado por un oferente externo del sistema mediante la Compra de Servicio, se debe especificar en la columna compra de servicios el número de traslados en esta condición.

SECCIÓN P.1: PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICA Y PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN P.1:

Este programa tiene el objetivo de mejorar mediante, el apoyo de procedimientos de Imagenología, la capacidad resolutiva en el diagnóstico clínico, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia y calidad técnica considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e integral. Otorgando prestaciones de apoyo diagnóstico, como mamografía, ecotomografía mamaria y ecotomografía abdominal en grupos de riesgo con el fin de realizar una pesquisa oportuna de las patologías. El cumplimiento oportuno de estas actividades se puede realizar por distintas vías, como compras de servicio, producción propia del establecimiento.

Incluye:

Mamografías solicitadas**:** Corresponde a los exámenes de mamografía que fueron indicados o solicitados a los pacientes según grupos de edad.

Mamografías realizadas: Corresponde a los exámenes de mamografías realizados e informados su resultado, según grupos de edad.

Las mamografías deben además registrarse, según su clasificación de resultado, con Birads 0, 1 o 2, 3, 4, 5 o 6, sin informe de Birads.

Ecotomografías Mamarias solicitadas**:** Corresponde a los exámenes de ecotomografía mamaria que fueron indicados o solicitados a los pacientes según grupos de edad.

Ecotomografías Mamarias realizadas: Corresponde a los exámenes de ecotomografía mamaria realizados e informados su resultado, según grupos de edad y aquellas con informe de sospecha de malignidad.

Ecotomografías abdominales solicitadas**:** Corresponde a los exámenes de ecotomografía abdominal que fueron indicados o solicitados a los pacientes según grupos de edad.

Ecotomografías abdominales realizadas**:** Corresponde a los exámenes de ecotomografía abdominal realizados e informados su resultado, según grupos de edad y los que correspondan con resultado de litiasis biliar.

Cirugía Menor Solicitadas: Corresponde a las intervenciones quirúrgicas menores indicadas por el profesional médico a los pacientes que lo requieran.

Cirugía Menor Realizadas: Corresponde a las intervenciones quirúrgicas menores realizadas por el profesional médico a los pacientes que lo requieran.

Biopsias de Cirugía Menor enviadas a Anatomía Patológica: Corresponde a las muestras, productos de Cirugías Menores realizadas y enviadas para su análisis a las Unidades de Anatomía Patológica.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN P.1:

Sección P.1: se registran de las actividades contempladas y comprometidas por el Establecimiento a través del Programa de Imágenes Diagnostica y Programa de Resolutividad de Atención Primaria, permitiendo conocer la demanda de exámenes y porcentaje de realización de estos (Hospitales de baja complejidad y Centros de Salud dependientes del Servicio de Salud), según grupo edad.

SECCIÓN P.2: LENTES, AUDÍFONOS Y AUDIOMETRÍAS A PERSONAS HASTA LOS 64 AÑOS (PROGRAMA DE RESOLUTIDAD).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN P.2:

Esta sección corresponde a la entrega de lentes y audífonos, y a la realización de los exámenes de audiometrías a los pacientes en el marco del Programa de Resolutividad de la Atención Primaria para todas las edades hasta los 64 años de edad. El registro es realizado para los Hospitales de baja complejidad y Centros de Salud dependientes del Servicio de Salud.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN P.2:

Sección P.2: se registran los lentes, audífonos y audiometrías entregadas a personas, y que fueron comprometidas por el Establecimiento a través de Programa de Resolutividad de Atención Primaria.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN Q:

Esta sección incluye el total de ayudas técnicas (bastones, andadores, andadores de paseo, cojines antiescaras, colchones antiescaras, sillas de rueda y lentes indicados por presbicia) entregadas por el establecimiento en el marco del cumplimiento de las Garantías Explícitas de Salud (GES).

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN Q:

Sección Q: se registra el total de ayudas técnicas GES entregadas en el establecimiento a adultos mayores de 65 años de edad.

SECCIÓN R: EXAMENES DE TAMIZAJE POINT OF CARE (SAR)

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN R:

Esta actividad está incorporada en la cartera de servicios de SAR, y corresponde a realizar tamizajes a través de Point of Care por sus siglas en inglés (POC) se refiere a un método de pruebas médicas donde se capturan los datos y se interpretan los resultados poco tiempo después por el profesional sanitario que administra la prueba.

Cartridge para Troponina: Determinación de Enzimas Cardiacas: Troponina en sangre

Cartridge Múltiple: Determinacion Hematocritos, Hemoglobina, ELG, Creatinina en sangre[20]

[20] Manual Operativo SAR, Ministerio de Salud. 2015

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-BS.17A

LIBRO DE PRESTACIONES DE APOYO DIAGNOSTICO y TERAPÉUTICO

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

ESTRUCTURA REM-BS.17A

GRUPOS DE PRESTACIONES DE LA MAI INCLUIDAS EN EL REM-B.17A:

Atención Abierta (Grupo 01)

Atención Cerrada (Grupo 02).

Laboratorio Clínico (Grupo 03).

Imagenología (Grupo 04).

Medicina Nuclear y Radioterapia (Grupo 05).

Medicina Transfusional (Grupo 07).

Anatomía Patológica (Grupo 08)

Prestaciones de Psiquiatría y Salud Mental (Grupo 09)

Cirugía (Grupos 11 al 21)

Anestesia (Grupo 22).

Traslados y Rescates (Grupo 24).

Atención Odontológica (Grupo 27).

Lentes, Audífonos, P.N.D.A y TBC (Grupo 30).

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-BS.17A

GENERALIDADES: Este rem es para uso exclusivo de los establecimientos que integran el sistema nacional de servicios de salud, sean dependientes del ministerio de salud o entidades públicas o privadas con las cuales los servicios de salud o el Fonasa hayan celebrado convenio que establezca que el financiamiento es por prestaciones otorgadas.

El REM-B.17A incluye las prestaciones otorgadas a los beneficiarios en el establecimiento, mediante la "Modalidad de Atención Institucional" (MAI).

REM-BS17A

Actividades Totales: Corresponde al número total de prestaciones realizadas en el establecimiento de salud.

Actividades por condición de beneficiario: Corresponde al número total de prestaciones realizadas según tipo de beneficiario de la ley 18.469.

Se registra el Total y Beneficiario, No Beneficiario se genera automáticamente de la resta del total y beneficiarios.

Intervenciones Quirúrgicas: Registro sólo para beneficiarios y no beneficiarios, facturación al 100, 50 y 75 %.

El registro de las Intervenciones quirúrgicas según el porcentaje de facturación se genera cuando un mismo equipo y en un mismo acto quirúrgico, se practiquen dos o más intervenciones de distinto código, ya sea por la misma incisión o por otras diferentes, por lo que corresponderá cobrar el 100% a la de arancel más alto y las intervenciones quirúrgicas al 50%, corresponden a la de segundo mayor valor bonificado (50%).

En los casos de cirugía bilateral de la misma prestación, por el mismo equipo, procederá cobrar el 100% del valor arancelario de una intervención y el 50% de la otra, salvo que el Arancel expresamente especifique un procedimiento diferente.

Cuando a un mismo paciente se le practiquen en un mismo acto quirúrgico en forma simultánea o sucesiva, dos o más intervenciones por distintos equipos de cirujanos, a través de las mismas o diferentes incisiones, procederá cobrar el 100% del valor de cada una de las intervenciones efectuadas.

Intervenciones quirúrgicas al 75%, cuando sea necesario retirar quirúrgicamente elementos de endoprótesis o de osteosíntesis interna en la especialidad de traumatología (Grupo 21), se cobrará a través de las prestaciones 21-06-001, 21-06-002 y 21-06-003. En aquellos casos en que el retiro de elementos no dispone de un código específico para ese efecto y siempre que el arancel no establezca un procedimiento diferente, se cobrará el 75% del valor de la intervención de la colocación del respectivo elemento.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores Ambulatorias Electivas (CMA): en estas columnas corresponderá registrar todas aquellas Intervenciones que cumplan con el requisito de CMA Electivas, según las definiciones descritas en el instructivo del REM 17 Sección F, el Total desagregado por grupos de edad (< 15 años, 15 y más años) y Beneficiarios. , por lo tanto, la suma de las cirugías, según grupo de edad, debe ser coincidente con el Total de las Intervenciones realizadas en el establecimiento.

Procedencia: Se deben registrar los datos según su origen, es decir, donde se realizó la prestación, estás 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

LIBRO DE PRESTACIONES DE APOYO DIAGNÓSTICO y TERAPÉUTICO NO INCLUIDAS EN EL REM 0.

ESTE REM ES DE USO EXCLUSIVO DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE INTEGRAN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD, SEAN DEPENDIENTES DEL MINISTERIO DE SALUD O ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS CON LAS CUALES LOS SERVICIOS DE SALUD O EL FONASA HAYAN CELEBRADO CONVENIO QUE ESTABLECE QUE EL FINANCIAMIENTO ES POR PRESTACIONES OTORGADAS.

En el REM-B.17C incluye las prestaciones otorgadas a beneficiarios y no beneficiarios, no incluidos en el REM 0 y que son registradas por el Establecimiento, sólo con fines estadísticos.

ESTRUCTURA REM-B.17C

GRUPOS DE PRESTACIONES:

Procedimientos de Medicina Física (Grupo 6)

Procedimientos de Neurología (Grupo 11)

Procedimientos de Oftalmología (Grupo 12)

Procedimientos de Otorrinolaringología (Grupo 13)

Procedimientos de Dermatología (Grupo 16)

Procedimientos de Cardiología, Neumología, Cardiovascular y Tórax (Grupo 17)

Procedimientos de Gastroenterología (Grupo 18)

Procedimientos de Urología y Nefrología (Grupo 19)

Procedimientos de Traumatología (Grupo 21)

Otros Procedimientos

Procedimientos de Psiquiatría (Grupo 22)

Telemedicina

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-B.17C

Este REM está enfocado a recoger los Procedimiento de la Modalidad de Libre Elección que son realizadas en los establecimientos Públicos del País.

Estos deben ser consignados por Procedencia (Atención Cerrada, Atención Abierta, Emergencia).

Procedencia: Corresponde al número de prestaciones efectuadas 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.

Nota2: Los procedimientos registradas en el REM BS 17C deben ser consignadas una vez que la actividad se hayan efectuado por completo, en el caso que el procedimiento dice c/u, o la intervención quirúrgica c/extremidad u órgano, se debe registrar por cada acción.

TELEMEDICINA

Solicitudes:

Nº de exámenes radiológicos simples: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes radiológicos simples, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o con los que se realizan convenios.

Nº de otros exámenes radiológicos complejos: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes radiológicos complejos, realizado por establecimientos de atención ambulatoria de especialidades, Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Hospitales de mediana y alta complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Tele-electrocardiogramas: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes de electrocardiograma, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Radiografías Osteopulmonares: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes radiológicos osteopulmonares, realizado por establecimientos APS y hospitales de

baja complejidad a los establecimientos que cuentan, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Radiografías Odontológicas: Corresponde a la petición de informes diagnóstico para exámenes radiológicos odontológicos, realizado por establecimientos APS y hospitales de baja complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Nº de Tomografías de Urgencia y UPC: Corresponde a la petición de informe diagnóstico de tomografías de urgencia o Unidades de Pacientes Críticos, realizado por establecimientos alta complejidad a los establecimientos que cuentan con el recurso para la emisión de estos informes, tanto de la Red Asistencial denominado Institucional (establecimientos de alta complejidad), como a establecimientos del Extra sistema a los que se compra servicio o se realizan convenios.

Los establecimientos de APS y hospitales de menor complejidad que realicen las solicitudes a la Red Asistencial (Establecimientos de Alta complejidad) deberán registrar en INSTITUCIONAL, independiente de la forma en que la Red Asistencial resuelva la solicitud (institucionalmente o por compra de servicio).

Para aquellos que "soliciten" informes diagnóstico de los exámenes al Extra sistema, como iniciativa local, deberán registrar en la columna "Compra de Servicio o Convenio".

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

Elaboración de informe realizada por establecimientos de mayor complejidad o gestionada por éstos a través de compra de servicio. Estos entregan resultados para exámenes radiológicos simples, complejos, tele-electrocardiogramas, radiografías osteopulmonares, radiografías odontológicas, tomografías de Urgencia y Unidad de Pacientes Críticos (UPC).

En el caso de los establecimientos de alta complejidad que no cuentan con la tecnología de telemedicina, y compran el Extra sistema la emisión de informes para resolver la demanda de los establecimientos de su red, deberán registrar en la sección de "Emisión de Informes" en la columna "Compra de Servicio o Convenio".

RESUMEN ESTADÍSTICO MENSUAL REM-B.17D

COMPRA DE SERVICIO DE PRESTACIONES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO REALIZADAS

Este rem es de uso exclusivo de los establecimientos que integran el sistema nacional de servicios de salud, sean dependientes del ministerio de salud o entidades públicas o privadas con las cuales los servicios de salud o el Fonasa hayan celebrado convenio que establece que el financiamiento es por prestaciones otorgadas.

en el rem-b.17d incluye las prestaciones otorgadas a beneficiarios y no beneficiarios, a través de la modalidad de **compra de servicios**, incluye DLF 36, sólo con fines estadísticos.

ESTRUCTURA REM-B.17D

GRUPOS DE PRESTACIONES:

Atención Abierta (Grupo 01).

Atención Cerrada (Grupo 02).

Laboratorio Clínico (Grupo 03).

Imagenología (Grupo 04).

Medicina Nuclear y Radioterapia (Grupo 05).

Medicina Transfusional (Grupo 07).

Anatomía Patológica (Grupo 08)

Prestaciones de Psiquiatría y Salud Mental (Grupo 09)

Cirugía (Grupos 11 al 21)

Anestesia (Grupo 22).

Traslados y Rescates (Grupo 24).

Atención Odontológica (Grupo 27).

Lentes, Audífonos, P.N.D.A y TBC (Grupo 30).

Procedimientos (Grupo 11 al 21)

Otros Procedimientos.

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-B.17D

Actividades**:** Total de actividades realizadas a beneficiarios mediante la modalidad de Compra de Servicios a Centros de Salud no pertenecientes al SNSS, incluye las actividades realizadas en el marco de los convenios suscritos por el DFL 36.

Intervenciones Quirúrgicas Mayores Ambulatorias: corresponde el registro de las Intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias, según lo definido en el REM-B.17, sección F.2, realizadas a los beneficiarios del establecimiento exclusivamente a través del mecanismo de Compra de Servicios, corresponde al paquete completo de la actividad, aquellas prestaciones en las que se realizó una compra parcializada, ya sea infraestructura, recurso humano o insumos, no deben ser registrada en la columna C, deben ser registradas en las celdas dispuestas para esta información. 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.

Se debe consignar las Intervenciones Quirurgicas que requirieron Compras de Recurso Humanos (Anestecista, Cirujanos, Traumatologos, etc).

Es necesario identificar aquellas Intervenciones Quirurgicas compraron Horas de Pabellón a otro establecimiento de la red o fuera de ésta.

Identificar las intervenciones quirurgicas que requirieron la compra de insumos para efectuarlas.

En el caso que fue necesario comprar infraestructura y RRHH se debe registrar sólo en una de las columnas, se requiere evidenciar el número de IQ que requirieron gastos adicionales.

Nota: Los procedimientos e intervenciones quirúrgicas, registradas en el REM 17A, 17C y 17D deben ser consignadas una vez que la actividad se hayan efectuado por completo, en el caso que el procedimiento dice c/u, o la intervención quirúrgica c/extremidad u órgano, se debe registrar por cada acción.

REM 2015

SERIE D

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-D.15
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), es un programa de salud de carácter universal enfocado a realizar actividades de apoyo nutricional preventivo y de recuperación, mediante el cual se distribuyen alimentos a infantes menores de seis años, prematuros de <1500 gramos de peso al nacer o <32 semanas de gestación, a gestantes y madres que amamantan hasta el 6to mes post parto o al 6to mes de edad gestacional corregida (madres de prematuros), infantes con diagnóstico de fenilcetonuria (PKU), enfermedad Orina Olor a Jarabe de Arce, Acidemia Propiónica, Acidemia Metilmalónica, Acidemia Isovalérica y Citrulinemia tipo 1, desde el nacimiento hasta los 18 años de edad y gestantes con fenilcetonuria independiente de la edad, a través de los establecimientos del Sistema Nacional de los Servicios de Salud o adscritos a él.

ESTRUCTURA REM-D.15

Sección A: Distribución (Kilos) A Población Beneficiaria Del SNSS

Sección B: Distribución Programa De Prematuros A Población Beneficiaria Del SNSS

Sección C: Número De Personas Beneficiarias Del SNSS

Sección D: Existencia Y Movimiento Total De Productos (Incluye Población Beneficiaria Del SNSS Y No Beneficiaria)

Sección E: Distribución (Kilos) A Población No Beneficiaria Del SNSS (Incluye Modalidad De Libre Elección)

Sección F: Distribución Programa De Prematuros A Población No Beneficiaria Del SNSS (Incluye Modalidad De Libre Elección)

Sección G: Número De Personas No Beneficiarias Del SNSS (Incluye Modalidad De Libre Elección)

Sección H: Número De Reevaluaciones Antropométricas A Población No Beneficiaria Del SNSS

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-D.15

ALIMENTOS:

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

Grupos programáticos de Menores de 6 años de edad:

- 0 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 a 11 meses
- 12 a 17 meses
- 18 a 23 meses
- 24 a 47 meses
- 48 a 71 meses

Gestantes:

- Normal, sobrepeso y obesas
- Bajo peso

Madres que amamantan (Nodrizas):

- Normal sobrepeso y obesas con:

  - Lactancia materna exclusiva
  - Lactancia materna predominante
  - Fórmula predominante o exclusiva

- Con antecedentes de Bajo peso con:

  - Lactancia materna exclusiva
  - Lactancia materna predominante
  - Fórmula predominante o exclusiva

Prematuros según edad:

- Prematuros de 0 a 2 meses
- Prematuros de 3 a 5 meses
- Prematuros de 6 a 11 meses
- Prematuros de 12 a 23 meses

Clasificación de los datos por Subprogramas:

- Básico
- Refuerzo (gestantes bajo peso, niños/as desnutridos, nodriza con antecedente de bajo peso, niños/as con riesgo)

SECCIÓN A: DISTRIBUCIÓN (KILOS) A POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL SNSS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

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

Registro en menores de 6 años: El estado nutricional condiciona el volumen de entrega de alimento, que se registrará según la clasificación del sub-programa Básico o Refuerzo.

Registro en Gestantes: El estado nutricional condiciona el volumen de entrega de alimento Purita Mama. Si en algún control la Gestante es diagnosticada como bajo peso, será beneficiaria del PNAC de refuerzo (3 kilos), aunque evolucione su situación nutricional a normalidad, sobrepeso u obesidad.

El registro de las personas se realiza en la sección C en el rubro gestante y los kilos de alimentos que retiran deben ser registrados en la sección A en el rubro gestante.

Esas gestantes, que siendo diagnosticadas como bajo peso mejoran su condición nutricional llegando a normalidad, sobrepeso u obesidad se registraran en PNAC Básico sección C como personas, y los kilos de alimentos en Sección A en el rubro correspondiente a "PNAC Refuerzo" en columna de "bajo peso".

Casos Excepcionales: Solo en aquellas gestantes y nodrizas con Enfermedad Celiaca, diagnosticada por especialista Gastroenterólogo se hará entrega de Leche Purita Fortificada. Las casillas de Leche Purita Fortificada han quedado desbloqueadas solo para este fin. (Casilla de color anaranjado en REM)

Registro en Nodrizas: El antecedente de diagnóstico nutricional de Bajo Peso en cualquier periodo del embarazo y la condición de lactancia (Materna Exclusiva, Materna Predominante, Formula Predominante o Exclusiva), determina el volumen de entrega de Purita Mama en la nodriza.

En la columna de "Nodrizas" se deberán registrar todas las entregas de acuerdo a condición de lactancia independientemente sean a nodrizas de prematuros o nodrizas de niños/as de termino y en las casillas de PNAC básico o refuerzo según corresponda.

Las Nodrizas con parto múltiple, reciben el beneficio de Purita Mama según la condición de lactancia y su estado nutricional. El Nº de hijos no condiciona el beneficio de kilos Purita Mama. A cada hijo/a le corresponderá el beneficio como un beneficiario/a individual, si su condición de lactancia es materna predominante, fórmula predominante o fórmula exclusiva, pero la madre siempre retira 1 sola vez el beneficio de Purita Mama.

Cuando la condición de lactancia es "Lactancia Materna Predominante", los kilos de Purita Mama de la madre se registran en la casilla correspondiente bajo encabezado "Nodrizas" y el beneficio del hijo/a en la casilla que corresponda a Leche Purita Fortificada según grupo de edad, bajo encabezado "Menores de 6 años".

Las nodrizas que durante la gestación fueron diagnosticadas como enflaquecidas, mantienen el beneficio de retiro de alimento de 3 kilos de Purita Mama hasta el 6to mes post parto (mientras se encuentre lactando).

Nota: Las celdas del REM-D.15 de color anaranjado, correspondientes a "Leche Purita Fortificada", deben usarse para registrar la entrega excepcional del producto por enfermedad celiaca a niños de 18 y más meses de edad, a gestantes y nodrizas con las causales de excepción antes señaladas.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: se registran, para cada Subprograma, los kilos de alimentos entregados a los beneficiarios clasificados por tipo de alimento y según los grupos programáticos de edad.

SECCIÓN B: DISTRIBUCIÓN PROGRAMA DE PREMATUROS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

Corresponde a la distribución de alimentos entregados, (en gramos), clasificados por productos (fórmula de prematuro o continuación). Se incluye Leche Purita Fortificada, expresada en kilos, que se entrega solamente a Prematuros de 12 meses de edad gestacional corregida.

Se extiende la entrega de fórmula de prematuros hasta los 12 meses en aquellos prematuros con DBC (Displasia Broncopulmonar). La entrega del producto "Mi Sopita" corresponderá a los niños prematuros que se encuentran en estado nutricional de riesgo de desnutrir y/o desnutridos, retirando a los 6 meses de edad gestacional corregida, 2 kilos mensualmente.

Se entregara Purita Mama a la madre del prematuro según la condición de lactancia, registrándose en la casilla correspondiente bajo encabezado "Nodrizas".

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: se registra la cantidad, en gramos, de alimento entregado a la población beneficiaria, clasificados por productos (formula de prematuro o continuación), según los grupos programáticos por edad.

SECCIÓN C: NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SNSS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

Corresponde al número de personas, que han recibido productos, por grupo programático y por subprograma, mensualmente. Para el caso de los niños/as que retiran "Mi Sopita" y pertenecen al Programa de Prematuros, deberán registrar en Sección C, en Programa Prematuros, según grupo de edad.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN C:

Sección C: se registra el número de personas beneficiarias que han recibido alimentos, según grupo programático y por subprograma mensualmente.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

De acuerdo a lo establecido en Ord. B2 N°1030 de 22 de marzo del 2005 se señala que la sección "Existencia y Movimiento de Productos", es utilizada para el monitoreo y abastecimiento de alimentos por el Nutricionista Supervisor/a de los Programas Alimentarias de cada establecimiento para envío vía correo electrónico a referente técnico de la SEREMI de Salud antes del 3 día hábil de cada mes.

Para cada producto, se debe informar:

Saldo del mes anterior: Es el stock que existía en la bodega del Establecimiento de Salud, al terminar el mes anterior al informado. Corresponde por tanto al saldo inicial con que se empezó a operar en el mes del informe. Este registro debe incluir el total almacenado en el Establecimiento de Salud.

INGRESOS:

- De la Planta: Es la cantidad de kilos, de cada uno de los productos, que el Establecimiento recibió en el mes, desde la Planta Elaboradora, de bodega intermedia o centrales.
- Por traspaso: Es la cantidad de kilos, de cada uno de los productos, que el Establecimiento recibió en el mes, desde otro Establecimiento.

- Total disponible: Corresponde a la sumatoria del "Saldo del mes anterior" y los "Ingresos" (de la planta o por traspaso).

EGRESOS:

- Distribuido a beneficiario: Es la cantidad de kilos distribuidos a Beneficiarios del SNSS, por tipo de producto, en el mes.
- Distribuido a no beneficiario: Es la cantidad de kilos distribuidos a No Beneficiarios del SNSS (ISAPRE, FF.AA y FONASA libre elección), por tipo de producto, en el mes.
- Total: es la sumatoria de los kilos distribuidos a la población beneficiaria y no beneficiaria.
- Mermas: Se define como alimentos no aptos para el consumo de los beneficiarios como:
    - Alimentos detectados con falla organoléptica.
    - Con alteraciones físicas del envase.
    - Faltante en caja contenedora sellada.
    - Dañados por transporte.
- Solo para el caso de falla organoléptica se requiere sean declarados como tales en una Resolución Administrativa de la autoridad competente.
- Otros: Se registraran en este rubro, los kilos de productos, que se hayan egresado para demostraciones, donaciones (en caso de catástrofe) u otras razones muy bien justificadas.
- Traspasos: Es la cantidad de kilos, de cada uno de los productos, que el Establecimiento traspaso a otro Establecimiento.
- Saldo del mes siguiente: Corresponde al saldo que queda en la bodega al terminar el mes.

Necesidades:

- De bodega del establecimiento: Este rubro registra las necesidades para los establecimientos, por producto, para el mes subsiguiente al que se informa.
- De bodegas Centrales (Intermedias): Este rubro registra las necesidades para las bodegas, por producto, para el mes subsiguiente al que se informa. Este rubro lo llenan solo las SEREMIS de Salud que cuentan con bodegas para efectuar redistribución de alimentos. Deberá existir un registro de movimiento de existencia por cada bodega, solo con esta sección, detallando la información requerida para los pedidos mensuales, aun cuando no entreguen productos directamente a la población.
- Reposición: Se registraran los kilos entregados por las plantas por concepto de reposición de kilos faltantes en los pedidos.

SECCIÓN E: DISTRIBUCIÓN (KILOS) A POBLACIÓN NO BENEFICIARIA DEL SNSS (INCLUYE MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN E:

Corresponde a la distribución de kilos de alimentos entregados a los no beneficiarios, clasificados por tipo de alimento y grupos programáticos por edad.

Incluye la modalidad libre elección de FONASA, ISAPRES y FFAA. Vea lo señalado en la sección A.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN E:

Sección E: Se registran, para cada Subprograma, los kilos de alimentos entregados a los no beneficiarios clasificados por tipo de alimento, según los grupos de edad programáticos.

Sección F: Distribución Programa de Prematuros a Población No beneficiaria del SNSS (incluye modalidad libre elección).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN F:

Corresponde a la distribución de alimentos entregados (en gramos) a la población No beneficiaria del SNSS, clasificados por productos (formula de prematuro o continuación), según los grupos programáticos por edad. Esta entrega requiere el control de salud del prematuro en el establecimiento y en el policlínico de seguimiento de prematuros, del SNSS.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN F:

Sección F: se registra la cantidad, en gramos, de alimento entregado a la población no beneficiaria clasificados por productos (fórmula de prematuro o continuación), según los grupos programáticos por edad.

SECCIÓN G: NÚMERO DE PERSONAS NO BENEFICIARIAS DEL SNSS (INCLUYE MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN G:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN G:

Sección G: se registra el número de personas NO beneficiarias que han recibido alimentos, según grupo programático y por subprograma mensualmente.

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

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN H:

Corresponde a las evaluaciones antropométricas que se realizan a la Población No Beneficiaria del SNSS, por diagnóstico de mal nutrición por déficit o por prematurez, realizado por Nutricionista, a fin de confirmar en ambos casos su situación.

NOTA: La confección del REM debe ser realizado por el Encargado/a de la Bodega de Alimentos, siendo supervisada y validada por los Nutricionistas Supervisores/as de los Programas Alimentarios, en los respectivos Establecimientos de Salud de la Red y en las Bodegas Centrales (Intermedias) cuando corresponda.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN H:

Sección H: Se registra el total de evaluaciones antropométricas que se realizan a la Población No Beneficiaria del SNSS, por diagnóstico de mal nutrición por déficit o prematurez, a fin de confirmar en ambos casos su situación.

REVISIÓN LOGICA ARITMETICA

Verificar que la Sección C, sea consistente con la Sección A, teniendo presente que según norma técnica cada grupo recibe mensualmente una cantidad de kilos de alimento preestablecida (concentración), por lo tanto multiplicando la concentración por el número de beneficiarios se debe obtener la cantidad de kilos entregados.

Nota: pueden existir pequeñas diferencias que obedecen a excepciones de la Norma Técnica como es el caso de los celiacos y prematuros.

Los kilos distribuidos, por tipo de producto, según la sección A más la sección E, debe corresponder con distribuido a beneficiarios y no beneficiarios por tipo de producto de la sección D.

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

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL REM-D.16
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM)

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

ESTRUCTURA REM-D.16

Sección A: Distribución De Crema Años Dorados Y Bebida Láctea (Kilos De Alimentos).

Sección B: Número De Personas Que Retiran Alimentos Del SNSS.

Sección C: Existencia Y Movimiento De Alimentos.

Sección D: Número De Personas Que Retiran Alimentos En El Programa De Reparación Y Atención Integral De Salud (PRAIS).

DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL VARIABLES DE REM-D.16

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)

SECCIÓN A: DISTRIBUCIÓN DE CREMA AÑOS DORADOS Y BEBIDA LÁCTEA.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN A:

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

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN A:

Sección A: Se registra los kilos de alimentos distribuidos para los distintos grupos programáticos.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN B:

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.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN B:

Sección B: Se registra el número de personas que retiraron alimentos crema años dorados y bebida láctea. Además se registran las personas ingresadas al PACAM y los insistentes del mes.

SECCIÓN C: EXISTENCIA Y MOVIMIENTO DE ALIMENTOS.

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN C:

De acuerdo a lo establecido en Ord. B2 N°1030 de 22 de marzo del 2005 se señala que la sección "Existencia y Movimiento de Productos", es utilizada 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.

- Distribuido Beneficiarios PRAIS: Es la cantidad de kilos distribuidos correspondiente a beneficiarios PRAIS, por tipo de producto.

- 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. Solo 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 registraran en este rubro, los kilos de productos, que se hayan egresado para demostraciones, donaciones (en caso de catástrofe) u otras razones muy bien justificadas.

- Traspasos: Es la cantidad de kilos, de cada uno de los productos, que el Establecimiento traspaso a otro Establecimiento.

- 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 sólo 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, aun cuando no entreguen productos directamente a la población.

- Reposición: Se registrarán 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, aun cuando no entreguen productos a las personas beneficiarias del programa.

Nota: Cabe señalar que aquellas SEREMIS de Salud que cuentan con Bodegas centrales (intermedias) que distribuyen a los distintos establecimientos, deberán confeccionar una planilla REM completando solo esta sección con la información requerida, aun cuando no entreguen productos a las personas beneficiarias del programa.

SECCIÓN D: NÚMERO DE PERSONAS QUE RETIRAN ALIMENTOS EN EL PROGRAMA DE REPARACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (PRAIS).

DEFINICIONES NOMINALES SECCIÓN D:

Corresponde al número de personas afiliados a Instituciones de Salud Previsional (FONASA, ISAPRE, FF.AA y de Orden) que se encuentren acreditados para pertenecer a PRAIS, que retiraron alimentos crema años dorados y bebida láctea, además las personas ingresadas al PACAM y los inasistentes del mes.

Nota: La confección del REM debe ser realizado por el Encargado/a de la Bodega de Alimentos, siendo supervisada y validada por los Nutricionistas Supervisores/as de los Programas Alimentarios, en los respectivos Establecimientos de Salud de la Red y en las Bodegas Centrales (Intermedias) cuando corresponda.

DEFINICIONES OPERACIONALES SECCIÓN D:

Sección D: Se registra los kilos de alimentos distribuidos, según los distintos grupos programáticos correspondientes a PRAIS. Además, se registran las personas ingresadas al PACAM y los inasistentes del mes.

REVISIÓN LOGICA ARITMÉTICA

Verificar que la Sección A, sea consistente con el número de personas de la Sección B, 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.

Lo que se debe registrar en la Sección D, tiene como objetivo identificar los registros de las personas que pertenecen a (FONASA, ISAPRE, FF.AA y de Orden). Sin embargo, estos deben estar contenidos en las Secciones A y B, ya que se registran como beneficiarios, (Ley Nº 19.123).

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

Anexo Nº1

Establecimientos	Consultorio General Urbano Consultorio General Rural Posta Salud Rural Establecimiento Alta Complejidad Establecimiento Mediana Complejidad Establecimiento Baja Complejidad Centro de Referencia de Salud Centro de Diagnóstico y Terapéutico Dirección Servicio de Salud Hospital (No perteneciente al SNSS) Laboratorio Clínico o Dental Centro de Salud Vacunatorio Centro de Diálisis Oficina Sanitaria Clínica

Estrategias	Servicio de Atención Primaria de Urgencia Servicio de Urgencia Rural Centro Comunitario de Salud Familiar Centro Comunitario de Salud Mental Clínica Dental Móvil Servicio de Atención Primaria de Urgencia Dental Programa de Reparación y Atención Integral de Salud Centro de Atención Funcionarios Centro de Rehabilitación Hospital de Campaña Servicio de Atención Resolutiva

Certificaciones	Centro de Salud Familiar Hospital Autogestionado

Niveles de Atención	Primario Secundario Terciario Privados No Aplica

Dependencia	Servicio de Salud Municipal Autoridad Sanitaria Público No perteneciente al SNSS Privado Otra Institución Establecimiento Experimental

Anexo Nº2

INSTRUCCIONES DE REGISTRO PARA LOS EQUIPOS PRAIS

Antecedentes

La herramienta de recolección de información REM, correspondiente a los Resúmenes Estadísticos Mensuales, es el instrumento oficial que reúne cuantitativamente las estadísticas de atenciones y actividades efectuadas a la población, en el sistema de salud pública del país.

La información se recopila en el establecimiento de origen en el que se ejecutan las acciones de salud, consolidándola mes a mes para ser enviada al nivel central, a través de los Servicios de Salud.

Las acciones de salud que realizan los equipos PRAIS, se otorgan en distintos lugares de atención (oficinas pertenecientes a la Dirección del Servicio de Salud, casa habilitada para estas atenciones, dependencias adosadas a algún establecimiento de salud, etc.), los cuales en su mayoría no están reconocidos específicamente como establecimiento de salud, ya que no cumplen con los requisitos legales (Resolución de Creación de Establecimiento y Autorización Sanitaria correspondiente), para la asignación de código en la Base de Establecimientos administrada por el DEIS.

Dado lo anterior y la necesidad de conocer la producción de estos equipos, es que DEIS acordó que para cuantificar los registros de las actividades que efectúan, se deberá informar la estadística con el código de establecimiento 011, para identificar lo que corresponde a PRAIS.

Desde el año 2006 se ha recogido información en este código a través de las unidades y/o departamento de estadística de las Direcciones de Servicios de salud, en la cual inicialmente se registraban sólo atenciones enfocadas a salud mental.

Hoy en día, los equipos PRAIS han expandido su nivel de atención y diversificado sus actividades, realizando atenciones odontológicas, consultas de morbilidad general, actividades educativas, entre otras.

Dado que la Serie REM, está enfocada en actividades de ciclo vital y en programas que son transversales a la población, es que no es posible diseñar un REM exclusivo para PRAIS, por lo que con el fin de dar cuenta de la totalidad de las acciones que se ejecutan, es necesario orientar el registro en secciones ya existentes de los distintos REM, según la atención otorgada.

Es importante de aclarar que en este código sólo se deben registrar las atenciones que realiza el equipo PRAIS. Si un paciente es derivado a una atención de profesional no perteneciente al Equipo PRAIS, estas actividades NO deben ser registradas. Recordar que el objetivo es capturar las acciones que realiza el equipo PRAIS, no todas las actividades de salud que se otorgan a pacientes PRAIS.

Las siguientes son orientaciones de registro de las actividades, basadas en el profesional del equipo que las ejecuta.

Registro por profesional

Asistente Social

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta de Especialidad: corresponde a la atención del paciente para la acogida y acreditación al programa. (rendimiento 1 hora).

- La actividad debe ser registrada en REM A07, Sección B: Consultas y Controles por otros profesionales en especialidad (nivel secundario).
- Consulta por Orientación Social: corresponde a la atención social que corresponde a orientación a los usuarios del programa, sobre beneficios sociales en el intra y extrasistema, además de la gestión y coordinación de éstos. (rendimiento 30 minutos).

- La actividad debe ser registrada en REM A04, Sección B: Consultas de Profesionales no médicos.

Psicólogo

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud y efectuar las psicoterapias respectivas según plan de tratamiento.
- La actividad de la primera consulta (evaluación) debe ser registrada en REM A06-Atención de Especialidades, Sección B.1: Consultas

- La psicoterapia individual (sesiones): se debe registrar en REM A06-Atención de Especialidades, Sección B.1: Consultas

- La psicoterapia familiar (sesiones): se debe registrar en REM A06, Sección B.2: Actividades Grupales (nº de sesiones)

Médico

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud.

- Si la consulta es de morbilidad general, debe ser registrada en REM A04, Sección A: Consultas Médicas.

- Si la consulta es de Salud Mental, debe ser registrada en REM A06-Atención de Especialidades, Sección B.1: Consultas.

- Si la consulta es de especialidad (cualquier especialista para morbilidad), debe ser registrado en REM A07, Sección A.1: Consultas Médicas

- Controles de Salud: se deben registrar en REM A01, Sección C, según problema de salud a abordar.

Psiquiatra

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud y efectuar las psicoterapias respectivas según plan de tratamiento.

- La actividad de la primera consulta (evaluación) debe ser registrada en REM A07, Sección A.1: Consultas Médicas.

- La psicoterapia individual (sesiones): se debe registrar en REM A06-Atención de Especialidades, Sección B.1: Consultas.

Enfermera

La actividad que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS es la siguiente:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud, la cual debe ser registrada en REM A07, Sección B: Consultas y Controles por otros profesionales en especialidad (nivel secundario).

- Controles de Salud: se deben registrar en REM A01, Sección C, según problema de salud a abordar.

Odontólogo

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

- Consulta individual: corresponde a la atención del paciente para evaluar su estado de salud y otorgarle tratamiento, la cual debe ser registrada en REM A09, si es primera consulta o consulta repetida en Sección A: Consultas según nivel.

- Las actividades que realice para el tratamiento, deben ser registradas en REM A09, secciones según las actividades que sean otorgadas en la atención.

Paramédico

- Ejecutan labores administrativas de apoyo al equipo, no se registrarán en REM sus actividades.
- En caso de realizar Controles de Salud Cardiovascular o Controles de Salud por Otros problemas de Salud, se pueden registrar en REM A01, Sección C: Controles según problema de salud.

Actividades por Dupla Profesional (Asistente Social y Psicólogo)

Las actividades que realiza este profesional dentro del equipo PRAIS son las siguientes:

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

La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección C.1 de Actividades grupales. (No se puede distinguir entre intervención grupal y familiar).

- Actividades Psico educativas: corresponde a la atención en la cual se educa a los usuarios, sobre el funcionamiento del Programa PRAIS, beneficios y derechos.

La actividad debe ser registrada en REM A27, Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según área temática y edad y Sección B: Actividades de Educación para la Salud según personal que las realiza (sesiones) en otras áreas temáticas.

- Actividades de Promoción de DDHH: corresponde a las actividades que se realizan con la comunidad a objeto de dar a conocer y promover los derechos de las personas y el Programa PRAIS. La actividad debe ser registrada en REM A19a, Sección B.1 de Actividades de Promoción según estrategias y condicionantes abordadas y Número de participantes.

Consultorías programáticas en salud Integral entregadas y recibidas

Corresponde a la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría y el equipo PRAIS, con el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del equipo, mejorar la referencia y contra referencia de pacientes y garantizar los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de pacientes con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos.

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

- Consultorías de salud Mental recibidas: corresponde a las consultorías recibidas por el equipo PRAIS, otorgadas por el equipo de especialidad.
- Casos Revisados: corresponde a los antecedentes clínicos de las personas analizados en la sesión de consultoría de salud mental en conjunto, entre el equipo PRAIS y el equipo de especialidad.
- La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección A.2: Consultorías de Salud Mental.

- Consultorías de salud Mental entregadas: corresponde a las consultorías entregadas por el equipo PRAIS.
- Casos Revisados: Los casos revisados corresponden a los antecedentes clínicos de las personas revisados en la sesión de consultoría de salud mental junto al equipo PRAIS.

Visitas Domiciliarias y Rescate.

- Visitas Domiciliarias: es una modalidad de prestación de salud en domicilio, caracterizada como la actividad de "relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia, solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en qué necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante, como base de un trabajo de apoyo acompañamiento al grupo familiar". Esta actividad debe ser acordada con la familia. En "Visitas Domiciliarias Integrales" se registra la actividad realizada por un profesional, dos o más profesionales, un profesional y técnico paramédico. No son Visitas Domiciliarias las verificaciones de domicilio y las citaciones.

La actividad debe ser registrada en REM A26 Sección A: Vistas Domiciliarias Integrales a familias (familia con otro riesgo psicosocial o visita de primer contacto (conocer entorno familiar), o en cualquier otro motivo de visita)

- Rescate: corresponde a la actividad que se realiza para reincorporar a los pacientes que han permanecido inasistentes.

La actividad debe ser registrada en REM A26 Sección D: Rescate de pacientes inasistentes.

Compras de Servicios de especialidades, cirugías, fármacos, exámenes, Operativos de Salud

- Compras de Servicios de Consultas de Especialidad: corresponde a las consultas que los establecimientos compran a otros organismo, entidad o persona distintas del Servicio de Salud, con el fin de disminuir listas de espera.

La actividad debe ser registrada en REM A07, Sección A.4: Consultas realizadas por compra de servicio (no incluir en sección A.1), por especialidad que se resuelva en subsección Compra de Servicio (Atención de Especialidades).

- Operativos de Consultas de Especialidad: es una modalidad de atención de carácter masivo, dada en un tiempo acotado, que reúne a la población en un lugar definido para ser atendido por médico especialista, que entrega prestaciones específicas. Se entregan prestaciones de modo extraordinario y no garantiza continuidad de los cuidados definidos para la patología correspondiente. Eventualmente requiere complementarse con seguimientos posteriores por los dispositivos formales de atención

La actividad debe ser registrada en REM A07, Sección A.5: Consultas realizadas por operativos (no incluir en sección A.1), por especialidad que se resuelva.

Trabajo Intersectorial

Actividad realizada por integrantes del equipo de salud, con el propósito de coordinarse con los distintos sectores sociales o realizar actividades de promoción y prevención (en establecimientos educacionales, laborales, de protección, etc.) para favorecer la entrega de información del programa PRAIS y para facilitar la integración social de los beneficiarios del programa.

La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección C.2: Actividad Comunitaria en Salud Mental.

Trabajo con organizaciones de usuarios PRAIS

Actividad realizada por integrantes del equipo de salud con organizaciones de usuarios, con el propósito de sensibilizar e intercambiar información respecto de los alcances de ejecución del programa. También, para coordinar iniciativas tendientes a potenciar proceso de reinserción social. Además, apoyar la gestión de proyectos específicos de promoción de la salud.

La actividad debe ser registrada en REM A06, Sección C.2: Actividad Comunitaria en Salud Mental.