



# ORIENTACIÓN TÉCNICA PROGRAMA APOYO DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN 2017 CORTE TRIMISTRAL

Indicador	Fórmula de Cálculo	Medio de Verificación	Observaciones
Proporción de Radiografías de Tórax realizadas respecto de las comprometidas	Nº de Radiografías de Tórax realizadas por sospecha de neumonía y ante sospecha y seguimiento de enfermedades crónicas respiratorias / Nº de radiografía de Tórax comprometidas por convenio	REM 18BMA (2017) Sección E. Celda C611+ H611 + C612 + H612 (Más) REM B (2017) Celdas D703 + A1703+AJ703 + D704 + A1704+AJ704 ----- Nº de radiografías de Tórax comprometidas	Dividir el reporte en: 1- Municipales: por comuna 2- Dependientes y delegados: solo por total Servicio Salud

**Incluir:**

- 1.- Reporte Atención Primaria - Municipal, Considerar dependencia: "Municipal" (Id Dependencia= 2). Incluye Establecimientos de APS: CESFAM, CECOF, CSU, CSR, CGU, CGR y PSR.
- 2.- Reporte Atención Primaria - Servicio, Considerar dependencia: "Servicio" y "Delegado" (Id Dependencia 1 y 4): CESFAM, CSU, CGU, CGR, CSR, PSR y CECOF, EMAYC, EMED

**Excluir:**

- 1.-Establecimientos de Dependencia Municipal: SAPU, COSAM, CRS, CDT
- 2.-Establecimientos Hospitalarios y de Especialidades: CRS, CDT, COSAM, CDM, DIRECCION, PRAIS