



MANUAL REM SERIE P

2022

Departamento de Estadísticas E Información de
Salud

Versión 1.0, 2022

Contenido

INTRODUCCIÓN	6
REM-P1: Población en Control Programa de Salud de la Mujer	7
Atención Primaria de Salud	8
Sección A: Población en Control según Método de Regulación Fertilidad y Salud Sexual.....	8
Sección B: Gestantes en Control con evaluación Riesgo Biopsicosocial.....	13
Sección C: Gestantes en Riesgo Psicosocial con Visita Domiciliaria Integral realizada en el semestre	15
Sección D: Gestantes y Mujeres De 8º Mes Post-Parto en Control, Según Estado Nutricional	16
Sección E: Mujeres y Gestantes en Control con Consulta Nutricional	17
Sección F: Mujeres en Control de Climaterio	18
Sección F.1: Población en Control, climaterio según tipo terapia reemplazo hormonal	20
Sección G: Gestantes en Control con Ecografía por Trimestre de Gestación (en el Semestre)	21
Sección H: Mujeres bajo Control de Regulación de Fertilidad según Estado Nutricional	22
Nivel Secundario de Salud	23
Sección I: Población en Control por Patologías de Alto Riesgo Obstétrico.	23
REM-P2: Población en Control Programa Nacional de Salud de la infancia	25
Sección A: Población en Control, según Estado Nutricional para niños menores de 1- 59 meses.	26
Sección A.1: Población en control, según estado nutricional para niños (as) de 60 meses a 9 años 11 meses	29
Sección B: Población en Control Según Resultado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor	31
Sección C: Población Menor de 1 Año en Control, según Score Riesgo en IRA y Visita Domiciliaria Integral.....	32
Sección D: Población en Control en el Semestre con Consulta Nutricional, según Estrategia	33
Sección E: Población Inasistente a Control del Niño Sano (Al Corte).....	34

Sección F: Población Infantil Según Diagnóstico de Presión Arterial (Incluida en la Sección A y A.1).	35
Sección G: Población Infantil Eutrófica, Según Riesgo de Malnutrición por Exceso (Incluida en la Sección A y A.1)	36
Sección H: Población según diagnóstico de Niños, Niñas y Adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) (Incluida en la Sección A y A.1)	37
REM-P3: Población en Control otros Programas	41
Sección A: Existencia de Población en Control	42
Sección B: Cuidadores de Pacientes por Dependencia Severa	48
Sección C: Población en Control en Programa de Rehabilitación Pulmonar en Sala IRA-ERA	52
Sección D: Nivel de Control de Población Respiratoria Crónica	54
Sección E: Resultado de encuesta calidad de vida	53
REM-P4 Población en Control Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)	58
Sección A: Programa Salud Cardiovascular (PSCV)	58
Sección B: Metas de Compensación	62
Sección C: Variables de Seguimiento del PSCV al Corte	65
REM-P5: Población en Control Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores	70
Sección A: Población en control por condición de funcionalidad	71
Sección A.1:Existencia de población en control en Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" por condición de funcionalidad	74
Sección B: Población en control por Estado Nutricional	76
Sección C: Personas Mayores con sospecha de maltrato	77
Sección D: Personas Mayores en actividad física	79
Sección E: Personas Mayores con riesgo de caídas	80
REM-P6 Población en Control Programa de Salud Mental en Atención Primaria y Especialidad	82
Sección A. Atención Primaria	83
Sección A.1: Población en Control en APS al Corte	83

Sección A.2: Programa de Rehabilitación (personas con trastorno Psiquiátrico) en Atención Primaria.....	89
Sección A.3:Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria	97
Sección B: Atención de Especialidades	
Sección B.1: Población en Control en Especialidad al Corte	98
Sección B.2: Programa de Rehabilitación en Especialidad (Personas con Trastornos Psiquiátrico).....	104
REM-P7: Familias en Control de Salud Familiar.....	105
Sección A.: Clasificación de las Familias Sector Urbano	106
Sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural	107
Sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural.....	108
REM-P9: Población en Control del Adolescente	110
Sección A: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según Estado Nutricional	112
Sección B: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según educación y trabajo.	114
Sección C: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según áreas de riesgo.....	115
Sección D: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según ámbitos Gineco – Urológico / Sexualidad	117
Sección E: Población Adolescente que recibe consejería.....	119
REM-P11: Población en control, programa de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA	
Sección A: Población en control del programa VIH/SIDA (Uso exclusivo centros de atención VIH/SIDA	122
Sección B: Población en control por comercio sexual (Uso exclusivo de unidades control comercio sexual).....	114
REM-P12: Personas con PAP-Mamografía-Examen Físico de mamas vigentes y producción de PAP y VPH (semestral)	126
Sección A: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: Población con PAP vigente.....	127
Sección B.1:Programa de Cáncer de Cuello Uterino: PAP realizados e informados, según resultados y grupos de edad (examen realizado en la red pública)	128

Sección B.2: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: PAP realizados e informados, según resultados y grupos de edad (examen realizado en extrasistema)	129
Sección C: Programa de Cáncer de Mama: mujeres con mamografía vigente en los últimos 3 años	130
Sección D: Programa de Cáncer de Mama: número de mujeres con Examen Físico de mama (vigente)	131
Sección E: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: Población con VPH (vigente).	132
Sección F: Programa De Cáncer De Cuello Uterino: resultados de VPH, realizados en el sistema público, según grupos de edad (en La Red Pública).	133
Sección F.1: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: resultados de VPH, realizado en el extrasistema según grupos de edad (examen realizado en extrasistema).	134
REM-P13. Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de la Red de Protección SENAME, en atención.	135
Sección A: Población SENAME potencial de atención en APS al corte	136
Sección B: Niño, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a población SENAME en control de salud en la APS al corte	138
Sección C: Variables de seguimiento a población SENAME en control de salud en la APS al corte.....	139
Sección D: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a la red SENAME en control de salud mental en especialidad al corte	141

INTRODUCCIÓN

Los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) son parte fundamental de las estadísticas sanitarias de Chile. En su larga historia han sido la herramienta básica utilizada para el monitoreo de los Programas y Convenios de Salud, por lo que su actualización siempre se enmarca en un proceso coordinado entre las diferentes divisiones del Ministerio de Salud (MINSAL).

El REM Serie P es el instrumento destinado a recoger las estadísticas de la Población Bajo Control, de los diferentes Programas instalados en los establecimientos de salud, principalmente, de Atención Primaria (APS). Estos datos se recogen cada 6 meses, en junio y diciembre, y son cargados al Sistema de Cargas REM durante los meses de julio y enero.

Al igual que el Manual de la Serie A, este instructivo considera los siguientes aspectos:

- **Definiciones conceptuales:** Corresponde a la definición del dato, a lo que representa su significado. En ediciones siguientes, estas definiciones estarán contenidas, en la forma de un estándar de datos, en la Norma Técnica de Estándares en Salud (Ex Norma 820).
- **Definiciones operacionales:** Corresponde a la forma de registrar el dato, en relación al proceso en que se genera y en qué casilla debe registrarse.
- **Reglas de consistencia interna:** Corresponde a verificaciones internas de datos, ya sea a través de fórmulas o llene automático, que reflejan la coherencia de datos y sus sumatorias y/o sus equivalentes en diferentes hojas y secciones de las series del REM.

Durante el año 2020, como bien se sabe, la OMS informó a la comunidad mundial que el virus COVID-19, debido a los alarmantes niveles de propagación y gravedad, podía considerarse una pandemia. A partir de esta declaración, fue necesario modificar y adaptarse a esta nueva realidad, por lo que el REM P de corte en junio fue suspendido por la División de Atención Primaria de Salud (DIVAP), de manera de no recargar excesivamente a los equipos de salud y administrativos.

En este segundo corte del año en curso, la planilla no sufrirá modificaciones, solo se considerarán ajustes en las definiciones y excepciones por la emergencia sanitaria.

Esta actualización del Manual corresponde al resultado del trabajo conjunto entre el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y DIVAP, orientado principalmente a incluir las atenciones remotas, que no están contenidos en los registros habituales de salud.

Ante cualquier consulta o sugerencia con respecto a esta herramienta, favor escribir al correo rem@minsal.cl

REM-P1: Población en Control Programa de Salud de la Mujer

Secciones del REM-P1

Atención Primaria de Salud.

Sección A: Población en Control según Método de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual.

Sección B: Gestantes en Control con evaluación Riesgo Biopsicosocial.

Sección C: Gestantes en Riesgo Psicosocial con Visita Domiciliaria Integral realizada en el semestre.

Sección D: Gestantes y Mujeres de 8° mes post-parto en control, según estado nutricional.

Sección E: Mujeres y Gestantes en Control con consulta nutricional.

Sección F: Mujeres en Control de Climaterio.

Sección F.1: Población en Control Climaterio según tipo Terapia Reemplazo Hormonal.

Sección G: Gestantes en Control con ecografía por trimestre de gestación (en el semestre).

Sección H: Mujeres bajo control de Regulación de Fertilidad, según estado nutricional.

Nivel Secundario

Sección I: Población en control por patologías de Alto Riesgo Obstétrico.

Definiciones Conceptuales y Operacional REM-P1

Atención Primaria de Salud

Sección A: Población en Control según Método de Regulación Fertilidad y Salud Sexual

Definiciones conceptuales:

Total Población Bajo Control: Corresponde a las personas que se atienden en el Programa de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual, en establecimientos con nivel primario de atención, según los siguientes métodos anticonceptivos e insumos para práctica sexual segura:

- Dispositivo Intrauterino T con cobre.
- Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel.
- Hormonal (Oral combinado, oral progestágeno, Inyectable combinado, inyectable progestágeno, Implante Etonogestrel (3 años) e implante levonorgestrel (5 años).
- Solo preservativo MAC (Mujer y Hombre).
- Esterilización quirúrgica (Mujer, Hombre).
- Mujeres en control que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)
- Mujeres con Retiro de Implante Anticipado en el semestre (antes de los 3 años)
- Mujeres con Retiro de Implante Anticipado en el semestre (antes de los 5 años)
- Método de Regulación de Fertilidad más Preservativo
- Gestantes que reciben preservativo
- Preservativo/práctica sexual segura. (Hombre y Mujer)
- Lubricantes. (Hombre y Mujer)
- Condón Femenino

Se considera como población bajo control a todas las personas que han sido atendidos por Médico Gineco-Obstetra o Matrona hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 11 meses y 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Después de un año de inasistencia de pérdida de vigencia del método (10 años para el DIU con cobre, 6 años para el con levonorgestrel y 3 años para el implante con etonogestrel y 5 años para el implante con levonorgestrel) realizar dos visitas domiciliarias. Si después de realizada la última visita, la persona no asiste a control o se constata que no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro centro de salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido, se considera abandono de método y no debe ser considerada población bajo control.

Para el resto de los métodos anticonceptivos e insumos para práctica sexual segura al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que la persona no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

En el caso excepcional por periodo Pandemia y con fines estadísticos administrativos se considerará vigentes las personas que recibieron atención de salud de manera remota o extensión en la dispensación del producto, también considerar a aquellas usuarias que no acudieron debido a que la actividad fue postergada o suspendida por reorganización de los establecimientos. Lo anterior, con el resguardo que estas personas deberán ser priorizadas para reagendar sus controles antes de los 24 meses de la pérdida de vigencia según método.

Periodo de vigencia por pandemia 23 meses 29 días.

Métodos de Regulación de Fertilidad: Dispositivo Intrauterino (DIU) con cobre, Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel, Hormonal (Oral combinado y progestágeno, Inyectable combinado y progestágeno e Implante Etonogestrel 3 y 5 años) Preservativo masculino (Mujer y Hombre) y con esterilización quirúrgica, este último método considera a las personas (hombre y mujer) con anticoncepción quirúrgica.

Mujeres en Control con Enfermedad Cardiovascular (DM / HTA): Corresponde a las mujeres que se encuentran en control por el Programa de Regulación de Fertilidad, padecen de alguna enfermedad cardiovascular como Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial y se encuentran en control en el Programa de Salud Cardiovascular. El objetivo principal de controlar a esta población femenina, es detectar y prevenir complicaciones en futuros embarazos.

Mujeres con retiro de implante anticipado en el semestre (antes de los 3 años o 5 años): Corresponde a las mujeres que se encuentran en control por el programa, las cuales han utilizado el método anticonceptivo hormonal y se les ha retirado en forma anticipada desde su colocación.

El implante de progestágeno es un anticonceptivo colocado subcutáneamente que libera esteroide a un ritmo constante en dosis diarias muy pequeñas suficiente para obtener el efecto anticonceptivo deseado.

El implante de etonogestrel tiene una duración de 3 años y el implante de levonogestrel tiene una duración de 5 años.

Método de Regulación de Fertilidad más preservativo: Corresponde a las mujeres que se encuentran en control por el Programa de Regulación de Fertilidad que utilizan cualquier método anticonceptivo como dispositivo intrauterino, hormonales (oral, inyectable o implante) más preservativo, con el fin de lograr una mayor efectividad reduciendo la mortalidad materna-perinatal, el embarazo no planificado y prevención de Infecciones Transmisión Sexual (ITS).

Gestante que reciben preservativos: corresponde a las gestantes en control prenatal que reciben preservativos para prevención de transmisión vertical de ITS/VIH y prevención de parto prematuro.

Insumo para práctica sexual segura: condón femenino, lubricante, preservativo masculino para práctica sexual segura (se debe considerar a las personas que reciben preservativos no asociados a regulación de fertilidad, entre estas se encuentra prevención de VIH e ITS, usuarios, (as) LGBT, mujeres que ya no están en edad fértil. No considerar doble protección o entrega de preservativos a gestantes).

Preservativo/práctica sexual segura: Corresponde a la población bajo control de salud sexual que utiliza preservativo en ámbito de consulta sexual y tiene como objetivo apoyar la atención donde se entregan orientaciones, conocimientos, herramientas y/o habilidades que favorezcan la salud sexual.

Se debe considerar a las personas que reciben preservativos masculinos no asociados a regulación de fertilidad, entre estas se encuentra prevención de VIH e ITS, usuarios LGBT, mujeres que ya no están en edad fértil. No considerar doble protección o entrega de preservativos a gestantes.

Lubricantes: Corresponde a la población bajo control de salud sexual que utiliza Gel hidrosoluble, que se indica para acompañar práctica sexual segura, cuando la lubricación natural no es suficiente.

Condón Femenino: Corresponde a la población bajo control de salud sexual que utiliza condón femenino en el contexto de salud sexual y tiene como objetivo apoyar la atención donde se entregan orientaciones, conocimientos, herramientas y/o habilidades que favorezcan la salud sexual. Se debe considerar a las mujeres que reciben condón femenino no asociados a regulación de fertilidad, entre estas se encuentra prevención de VIH e ITS, usuarios LGBT, mujeres que ya no están en edad fértil.

Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se identifican o reconocen como parte de un pueblo indígena u originario, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por algún método de regulación de fertilidad y salud sexual.

Población Migrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por algún método de regulación de fertilidad y salud sexual.

Personas viviendo con VIH: Corresponde a las personas viviendo con VIH, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por algún método de regulación de fertilidad o Salud Sexual.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de mujeres y hombres que se encuentra bajo control en el programa de Regulación de Fertilidad y Salud Sexual a la fecha de corte (30 de junio o 31 de diciembre), según método anticonceptivo o protección para práctica sexual segura. Se caracteriza la edad de las mujeres y hombres controladas/os, si pertenece a pueblo originario, población migrante y personas viviendo con VIH.

Se registran las mujeres bajo control con enfermedad cardiovascular según edad, pueblo originario y población migrante.

Se registran las Mujeres con retiro de implante anticipado en el semestre, de etonogestrel (antes de los 3 años) o levonorgestrel (antes de los 5 años) en el semestre, según edad, pueblo originario y población migrante y personas viviendo con VIH.

Se registran las mujeres que utilizan algún método de regulación de fertilidad más preservativo. Este grupo también se registra de acuerdo a edad, pueblo originario, población migrante y personas viviendo con VIH.

Se registran las gestantes en control prenatal que reciben preservativos para prevención de transmisión vertical de ITS/VIH y prevención de parto prematuro en el semestre, según edad, pueblo originario y población migrante y personas viviendo con VIH.

Se registran a las personas con entrega de preservativo masculino en el semestre, según edad, pueblo originario y población migrante y personas viviendo con VIH, para práctica sexual segura, asociado a prevención de VIH e ITS, usuarios LGBT, mujeres que ya no están en edad fértil, entre otras. No considerar doble protección o entrega de preservativos a gestantes.

Se registran a las personas que utilizan Lubricante para acompañar práctica sexual segura según edad, pueblo originario y población migrante y personas viviendo con VIH. Puede ser adicional o no a personas que estén bajo control de regulación de fertilidad.

Se debe registrar a las mujeres que utilizan condón femenino para práctica sexual segura asociada a prevención de VIH e ITS, según edad, pueblo originario y población migrante y personas viviendo con VIH.

Reglas de consistencia:

R.1: Las mujeres bajo control con enfermedades cardiovasculares (diabetes y/o hipertensión)", deben estar contenidas en los registros según método anticonceptivo y edad de las mujeres controladas.

R.2: Las mujeres con "retiro de implante anticipado" deben estar contenidas en los registros por el método anticonceptivo hormonal de acuerdo al tipo de implante, según la edad de las mujeres controladas.

R.3: El registro de "pueblos originarios, poblaciones migrantes" y personas viviendo con VIH es una característica de la población estar presente cuando corresponde, en cada una de las filas de los registros por método anticonceptivos. En el caso que no esté presente se debe colocar el Número 0, pero no dejar el espacio en blanco.

Sección B: Gestantes en Control con evaluación Riesgo Biopsicosocial

Definiciones conceptuales:

Total, de Gestantes en Control: Corresponde a las gestantes que han sido controladas por embarazo, control realizado por médico Gineco-obstetra o matrona, y que han sido evaluadas o no con aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada, según la norma, con obtención de resultado con o sin riesgo psicosocial.

Se considera como población bajo control a todas las gestantes que tienen citación para próximo control con los mismos profesionales anteriormente mencionados, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: ocurre el parto, se constata que no es ubicable, se ha inscrito en otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Gestantes en Riesgo Psicosocial: Corresponde a las gestantes que, a la fecha del corte, han sido controladas por su embarazo y que presentan riesgo psicosocial según el resultado de la aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada.

Gestantes que presentan Violencia de Género: Corresponde a las gestantes que han sido controladas por su embarazo y que presentan violencia de género, detectada a través de la aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada o a través de la anamnesis realizada en el control, a la fecha del corte. Estas mujeres son derivadas para ingresar a control de Violencia de Género del Programa de Salud Mental del establecimiento.

Gestantes que Presenta Alto Riesgo Obstétrico (ARO): La asignación de alto riesgo obstétrico (ARO) se basa en la historia y ultrasonido. Una vez efectuada la asignación de riesgo, las embarazadas calificadas como de alto riesgo, deben ser controladas en el nivel secundario o terciario, con una frecuencia que varía de acuerdo al factor de riesgo.

Población Migrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por control prenatal.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar: el número total de gestantes, que se encuentran en riesgo psicosocial, número de gestantes que presentan violencia de género, número de gestantes que presentan alto riesgo obstétrico y el número de gestantes inmigrantes, que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte. El registro se realiza según edad de las gestantes controladas.

Reglas de consistencia:

R.1: Las gestantes bajo control registradas en riesgo psicosocial deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control.

R.2: Las gestantes bajo control registradas que presentan violencia de género deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control y NO pueden ser mayor que el registro de gestantes en riesgo psicosocial. Según aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada aplicada en el control.

R.3: Las gestantes bajo control registradas en gestantes que presentan ARO deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control.

R.4: Las gestantes bajo control registradas en población migrantes deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control.

Sección C: Gestantes en Riesgo Psicosocial con Visita Domiciliaria Integral realizada en el semestre

Definiciones conceptuales:

Visita Domiciliaria Integral: Es una modalidad de prestación de salud en domicilio, caracterizada como la actividad de "relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia, solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en que la necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante, como base de un trabajo de apoyo acompañamiento al grupo familiar. Esta actividad debe ser acordada con la familia y es realizada por un equipo del establecimiento que puede estar compuesta por médico y/o profesionales (enfermera, matrona, trabajadores sociales, etc.).

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de gestantes en riesgo psicosocial según el número de visitas domiciliarias integrales que recibieron durante el semestre.

La última columna corresponde al total de visitas. Este registro es de llenado automático y es el producto del número de gestante por el número de visitas que ha recibido en el semestre.

El registro de las gestantes que reciben 4 o más visitas domiciliarias integrales en el semestre, no es de llenado automático. El número total de visitas es el producto del número de visitas efectuadas por el número de gestante controlada.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección D: Gestantes y Mujeres De 8º Mes Post-Parto en Control, Según Estado Nutricional

Definiciones conceptuales:

Gestantes en Control: Corresponde a las gestantes que se encuentran bajo control a la fecha de corte y están clasificadas según su estado nutricional normal, sobrepeso, obesa o bajo peso.

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

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de gestantes bajo control a la fecha de corte según edad y clasificación de su estado nutricional.

También, se registra en esta sección el número de mujeres que recibieron el control al 8vo mes post parto durante el semestre, clasificadas según su estado nutricional y por el grupo de edad correspondiente.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de gestantes clasificadas según su estado nutricional debe ser igual al total de gestantes en control registradas en la sección B, según el grupo de edad correspondiente.

Sección E: Mujeres y Gestantes en Control con Consulta Nutricional

Definiciones conceptuales:

Consulta Nutricional: Corresponde a la consulta nutricional (atención dietética o dieto terapéutica) proporcionada por nutricionista, otorgada a las gestantes que se encuentran bajo control en el establecimiento, a la fecha de corte.

Las mujeres gestantes reciben consulta nutricional por malnutrición por déficit (bajo peso) o por exceso (sobrepeso y obesidad).

En esta sección también se registran las mujeres en etapa de puerperio que reciben consulta nutricional al 3º y 6º mes post parto.

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

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de mujeres y gestantes que se encuentran bajo control a la fecha de corte y que han recibido "consulta nutricional", por malnutrición por déficit o exceso.

Las mujeres que reciben consulta nutricional al 6to mes post parto, serán evaluadas nuevamente al 8vo mes post parto, las cuales se registrarán en sección D, según su estado nutricional.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección F: Mujeres en Control de Climaterio

Definiciones conceptuales:

Población en Control: Corresponde a las mujeres entre 45 y 64 años que han sido atendidas en el Programa de Control de Climaterio, por médico Gineco-obstetra o matrona, a la fecha de corte.

Se considera como población bajo control a todas las mujeres que tienen citación para próximo control con los mismos profesionales anteriormente mencionados, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que la mujer no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

En el caso excepcional por periodo de pandemia y con fines estadísticos administrativos se considerará vigente las personas que recibieron atención de salud de manera remota o extensión en la dispensación del producto, también considerar a aquellas usuarias que no acudieron debido a que la actividad fue postergada o suspendida por reorganización de los establecimientos. Lo anterior, con el resguardo que estas personas deberán ser priorizadas para reagendar su control antes de los 24 meses de la pérdida de vigencia del control climaterio. Periodo de vigencia por pandemia 23 meses 29 días.

Menopause Rating Scale (MRS): Es una escala estandarizada de autoevaluación de los síntomas menopáusicos que, permite de una manera práctica y relativamente rápida, evaluar las condiciones en que se encuentra la mujer y a su vez evaluar el impacto de cualquier intervención médica, que apunta a mejorar la calidad de vida de la mujer menopáusica. Se aplica al ingreso a atención de climaterio y en los controles sucesivos, para evaluar el impacto del plan integral de atención aplicado

Mujeres con pauta MRS aplicada al ingreso a atención de climaterio Se refiere todas las mujeres que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, a las cuales se les ha aplicado la pauta MRS que mide los ámbitos de compromiso de calidad de vida de la mujer climatérica, al ingreso a control de climaterio.

Mujeres con MRS alterado: Corresponde a las mujeres que se encuentran bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, a las cuales se les ha aplicado la pauta MRS y que su ultimo resultado es igual o mayor a 15 puntos, o afectación de dominio somático (igual o supera los 8 puntos), o Psicológico: Igual o supera los 6 puntos, o urogenital, igual o supera los 3 puntos. Mujeres con aplicación de terapia hormonal de la

menopausia según MRS: Corresponde al número de mujeres con la terapia hormonal de la menopausia (THM). Los objetivos de la terapia son mejorar la calidad de vida en el período climatérico, reducir el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares y disminuir el riesgo de fracturas.

Talleres Educativos: Corresponde a las mujeres bajo control en Programa de control de climaterio que ha recibido Talleres educativos sobre la temática, independiente de la modalidad (presencial o remoto).

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de mujeres en control de climaterio a la fecha de corte.

Además, se registra el número de mujeres bajo control con "pauta aplicada MRS", el número de mujeres que obtuvieron "MRS alterado", el número de mujeres con "terapia hormonal de reemplazo según MRS".

Reglas de consistencia:

R.1: La población de mujeres en control de climaterio NO debe ser menor al número de mujeres con pauta aplicada MRS.

R.2: El número de mujeres con puntaje MRS alterada NO debe ser mayor al número mujeres con pauta aplicada MRS.

R.3: El número de mujeres con Talleres educativos NO debe ser mayor a la población en Control.

Sección F.1: Población Bajo Control según tipo de terapia hormonal de reemplazo

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas que se atienden en el Programa de control de climaterio, establecimientos de nivel primario de atención, según las siguientes terapias de reemplazo hormonal:

- Estradiol Micronizado 1mg,
- Estradiol Gel,
- Progesterona Micronizada 100mg,
- Progesterona Micronizada 200mg,
- Nomegestrol 5mg comp. o
- Tibolona 2,5mg comp.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registra el número de mujeres de acuerdo a tipo de terapia hormonal de reemplazo, desagregado por rango etario y su condición de migrante y/o perteneciente a pueblo originario.

Reglas de consistencia:

R.1: No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección G: Gestantes en Control con Ecografía por Trimestre de Gestación (en el Semestre)

Definiciones conceptuales:

En Chile la recomendación es realizar tres exámenes ultrasonográficos durante el período de gestación. Las ecografías por trimestre se caracterizan por:

Ecografía de primer trimestre (11-13+6 semanas): Los objetivos iniciales de la ecografía del primer trimestre son confirmar la viabilidad fetal, determinar el número de fetos y la edad gestacional, que permita un manejo adecuado del embarazo. Incluye la translucencia nucal (TN) para la detección de posible síndrome de Down, la pesquisa de Aneuploidía cromosómica (trastornos genéticos) y la medición de la longitud céfalo-nalgas (LCN) que permite cuantificar la longitud del feto durante las primeras semanas de gestación para calcular la fecha probable de parte en base a la edad gestacional.

Ecografía de segundo trimestre de 22-24 semanas: El objetivo en este trimestre es realizar un screening preventivo con el fin de pesquisar oportunamente factores de riesgo o condiciones que se asocian con malos resultados perinatales, permitiendo la intervención oportuna en algunas de estas situaciones.

Ecografía de tercer trimestre de las 30 a 34 semanas: En este examen se estudian diversos aspectos del feto, la placenta y el cordón umbilical. La información obtenida en esta ecografía es importante para que el Gineco-obstetra determine cómo se desarrollará el parto o si existe la posibilidad de complicaciones debido a una mala posición del feto u otra anomalía. En términos normales ésta sería la última ecografía del embarazo.

Las gestantes que se han realizado ecografía obstétrica en EG distintas al período definido screening, se deberá incluir en el trimestre correspondiente.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de gestantes bajo control en el establecimiento de APS, que durante el semestre se han realizado ecografía obstétrica del primer, segundo y tercer trimestre de gestación, según edad de las embarazadas controladas.

En la última columna se debe considerar a las gestantes que se han realizado cualquiera de las ecografías trimestrales durante el embarazo en establecimientos del extrasistema, y que a su vez se siguen controlando en el establecimiento de salud.

Reglas de consistencia:

R.1: El número de gestantes con ecografía realizada en establecimientos del extrasistema **NO** debe ser mayor al número de gestantes con ecografía realizada en los tres trimestres.

Sección H: Mujeres bajo Control de Regulación de Fertilidad según Estado Nutricional

Definiciones conceptuales:

Debido a una variedad de alteraciones del metabolismo, la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular que puede aumentar, cuando se combina con la anticoncepción hormonal. Todos estos factores deben considerarse en la elección del método anticonceptivo en una mujer con sobre peso u obesidad. Esta sección permitirá levantar las necesidades de atención integral y derivación a Programa Elige vida Sana (según criterios de inclusión), una intervención oportuna permite prevenir patologías cardiovasculares en mujeres bajo control.

Definiciones operacionales:

En esta sección se debe registrar a las mujeres bajo control de regulación de fertilidad a la fecha de corte y están clasificadas según su estado nutricional normal, sobrepeso, obesa o bajo peso por grupo etario.

Regla de Consistencia:

R.1: El total de número de mujeres no debe ser mayor al número de mujeres bajo control de regulación de fertilidad.

Nivel Secundario de Salud

Sección I: Población en Control por Patologías de Alto Riesgo Obstétrico.

Definiciones conceptuales:

Población en Control por Patologías de Alto Riesgo Obstétrico: Corresponde a las gestantes que se encuentran bajo control por médico obstetra en las Unidades de Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario, por ser portadoras de una o más de las siguientes patologías:

- Pre eclampsia (PE)
- Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE)
- Factores de riesgo y condicionantes de Parto Prematuro
- Retardo Crecimiento Intrauterino (RCIU)
- SÍFILIS
- VIH
- Diabetes Pre Gestacional
- Diabetes Gestacional
- Cesárea anterior
- Malformación Congénita
- Anemia
- Cardiopatías
- Pielonefritis
- Rh (-) sensibilizada
- Placenta previa
- Chagas
- Colestasia Intrahepática de Embarazo
- Otras patologías del embarazo (HTA, Crónica, Nefropatía, Cardiopatía, etc.).

Se considera como población bajo control a todas las gestantes que tienen citación para próximo control con los mismos profesionales anteriormente mencionados, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes.

Al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: el obstetra la da de alta, ocurre el parto, se constata que no es ubicable, se ha inscrito en otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de gestantes en control a la fecha de corte, que son contraladas por patologías de alto riesgo obstétrico, según la patología que padecen.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

REM-P2: Población en Control Programa Nacional de Salud de la infancia

Secciones del REM-P2

Sección A: Población en Control, según estado nutricional para niños menores de 1 mes-59 meses.

Sección A.1: Población en Control, según estado nutricional para niños (as) de 6º meses - 9 años 11 meses.

Sección B: Población en Control según resultado de evaluación del Desarrollo Psicomotor.

Sección C: Población menor de 1 año en control, según score en IRA y Visita Domiciliaria Integral.

Sección D: Población en Control en el semestre con Consulta Nutricional, según estrategia.

Sección E: Población Inasistente a Control del Niño Sano (al corte).

Sección F: Población Infantil según diagnóstico de Presión Arterial (incluidas en sección A y A1).

Sección G: Población Infantil Eutrófica, según riesgo de Malnutrición por Exceso (incluidas en sección A y A.1)

Sección H: Población según diagnóstico de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) (incluidas en sección A y A.1).

Definiciones Conceptuales y Operacional REM-P2

Sección A: Población en Control, según Estado Nutricional para niños menores de 1- 59 meses.

Definiciones conceptuales:

Total de niños en control: Corresponde a la población infantil de niños(as) menores de 59 meses que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, y que han sido evaluados según su estado nutricional, de acuerdo a la norma vigente y los indicadores peso/edad, peso/talla, talla/edad (menores de 59 meses).

Indicadores de Evaluación Nutricional:

Peso para la Edad (P/E): Es el indicador resultante de comparar el peso del niño, niña con el peso de referencia correspondiente a su edad. Es un buen indicador de déficit nutricional durante el primer año de vida, pero no permite diferenciar a niños(as) constitucionalmente pequeños, por lo que su uso como parámetro único no es recomendable.

Peso para la Talla (P/T): Es el indicador resultante de comparar la talla del niño, niña con la talla de referencia correspondiente a su edad. Es un buen indicador de estado nutricional actual y no requiere un conocimiento preciso de la edad. Es útil para el diagnóstico, tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad.

Talla para la Edad (T/E): Es el indicador resultante de comparar la talla del niño, niña y adolescente con la talla de referencia correspondiente a su edad; permite evaluar el crecimiento lineal alcanzado.

Diagnóstico Nutricional Integrado: La combinación de los indicadores antes descritos permiten realizar un diagnóstico nutricional integrado, permitiendo una evaluación nutricional más precisa mediante escalas de valoración nutricional o denominaciones como: riesgo de desnutrir, déficit ponderal, desnutrido, sobrepeso-riesgo obesidad, obeso, obeso severo, normal.

Dentro del Diagnóstico nutricional Integrado se designarán las siguientes calificaciones de acuerdo al rango etario:

Menores de 1 Mes: Normal, Riesgo de Desnutrir, Desnutrido, Sobrepeso y Obeso.

Mayores de 1 Mes y menores de 59 meses y 29 días: Normal, déficit ponderal, Desnutrido, Sobrepeso, Obeso, Obeso Severo y Desnutridos secundarios.

Pueblos Originarios: Corresponde a los niños(as) que se identifican con algún pueblo indígena u originario, y se encuentran bajo control en el Programa Infantil del establecimiento de salud.

Población Migrantes: Corresponde a los niños(as) cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud.

Cabe señalar que los hijos de migrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), especificando los indicadores nutricionales y parámetros de medición. Además, se registran los niños (as) que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son de población de migrantes.

La sumatoria de los niños(as) registrados en el diagnóstico nutricional integrado, más los niños(as) calificados como desnutridos secundarios, debe ser coincidente con el total de población en control.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, desde el año 2017 se implementa la "Norma para la Evaluación Nutricional de Niños, Niñas y Adolescentes de 5 a 19 años de edad" aplicando un nuevo patrón OMS para la evaluación en este tramo de edad a través de la calificación por desviación estándar (DS). Por lo que en aquellos casos en que se haya aplicado a los niños mayores de 5 años el criterio de clasificación anterior (por percentiles), no es necesario adaptarlo a la nueva normativa.

Los niños (as) registrados en Pueblos Originarios y Población Inmigrantes deben estar contenidos en los registros según edad, sexo y los indicadores nutricionales.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de niños-(as) mayores de 1 mes en control según edad y sexo debe ser igual al total de niños con diagnóstico nutricional integrado según edad y sexo.

Sección A.1: Población en control, según estado nutricional para niños-(as) de 60 meses a 9 años 11 meses

Definiciones conceptuales:

Total, de niños-(as) en control: Corresponde a la población infantil de niños(as) menores de entre 60 meses y hasta 9 años 11 meses de vida, que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, y que han sido evaluados según su estado nutricional, de acuerdo a la norma vigente y los indicadores IMC/edad (en mayores de 5 años), talla/edad y perímetro de cintura/edad (mayores de 5 años).

Indicadores de Evaluación Nutricional

IMC para la Edad (IMC/E): Es el indicador resultante de comparar el IMC de niños y niñas mayores de 5 años y adolescentes con el IMC de referencia correspondiente a su edad según las referencias de crecimiento corporal OMS 2007. Para su cálculo se debe considerar la siguiente fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$, y el resultado debe ser comparado con la clasificación del estado nutricional, según IMC para la edad.

Talla para la Edad (T/E): Es el indicador resultante de comparar la talla del niño, niña y adolescente con la talla de referencia correspondiente a su edad; permite evaluar el crecimiento lineal alcanzado.

Perímetro de Cintura para la Edad (PC/E): Es el indicador resultante de comparar el perímetro de cintura del niño, niña o adolescente con el perímetro de cintura de referencia correspondiente a su edad. Esta medición se realiza para determinar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes, entre otras.

Diagnóstico Nutricional Integrado: La combinación de los indicadores antes descritos permiten realizar un diagnóstico nutricional integrado, permitiendo una evaluación nutricional más precisa mediante escalas de valoración nutricional o denominaciones como: riesgo de desnutrir, déficit ponderal, desnutrido, sobre peso-riesgo obesidad, obeso, obeso severo, normal.

Pueblos Originarios: Corresponde a los niños(as) que se identifican con algún pueblo indígena u originario, y se encuentran bajo control en el Programa Infantil del establecimiento de salud.

Población Migrantes: Corresponde a los niños(as) cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud.

Cabe señalar que los hijos de inmigrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), especificando los indicadores nutricionales y parámetros de medición. Además, se registran los niños (as) que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son de población de inmigrantes.

La sumatoria de los niños(as) registrados en el diagnóstico nutricional integrado, más los niños(as) calificados como desnutridos secundarios, debe ser coincidente con el total de población en control.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, desde el año 2017 se implementa la “Norma para la Evaluación Nutricional de Niños (as), y Adolescentes de 5 a 19 años de edad” aplicando un nuevo patrón OMS para la evaluación en este tramo de edad a través de la calificación por desviación estándar (DS). Por lo que en aquellos casos en que se haya aplicado a los niños (as) mayores de 5 años el criterio de clasificación anterior (por percentiles), no es necesario adaptarlo a la nueva normativa.

Los niños (as) registrados en Pueblos Originarios y Población Migrantes deben estar contenidos en los registros según edad, sexo y los indicadores nutricionales.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de niños en control según edad y sexo debe ser igual al total de niños con diagnóstico nutricional integrado según edad y sexo.

Sección B: Población en Control Según Resultado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor

Definiciones conceptuales:

Población en Control Según Resultado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: Corresponde a los niños y niñas menores de 59 meses que se encuentran bajo control en establecimientos del nivel primario de atención, a los cuales se les ha aplicado, la “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor” (EEDP) de 1 a 23 meses según norma, y el “Test de Desarrollo Psicomotor” (TEPSI) de 2 a 5 años, según norma. Ambos integrados al control de salud, obteniendo los siguientes resultados: Normal, Normal con Rezago, Riesgo o Retraso.

Además de la aplicación de estos test, se puede obtener el dato de los niños y niñas con rezago. Se entiende por **rezago** el atraso de desarrollo de una o más de las áreas que se evalúan en niños “con resultado de EEDP o TEPSI Normal”. Las áreas en el EEDP son: Coordinación, Motora, Lenguaje y Social; en el TEPSI: Coordinación, Motora y Lenguaje.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo de los niños(as), clasificado según su condición de-riesgo o retraso obtenido como resultado de la evaluación del desarrollo psicomotor.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección C: Población Menor de 1 Año en Control, según Score Riesgo en IRA y Visita Domiciliaria Integral

Definiciones conceptuales:

Población Menor de 1 Año en Control, según Score Riesgo en IRA y Visita Domiciliaria Integral:

Corresponde a los niños y niñas que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, de 1 a 6 meses y de 7 a 12 meses, que ha recibido la aplicación del score de riesgo de morir por bronconeumonía, según norma, integrado al control de salud, obteniendo los siguientes resultados: riesgo leve, moderado o grave.

Cabe señalar que se realizar este Score de 1 a 6 meses, ya que desde los 7 en adelante es una aplicación tardía para la pesquisa e intervención precoz.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registra el número de niños (as) bajo control a la fecha de corte, según edad, clasificado según condición obtenido como resultado de la aplicación del score de riesgo en IRA. En la última columna se debe registrar el número total de niños (as) que han recibido visita domiciliaria integral en el semestre, según su condición de riesgo moderado o grave.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección D: Población en Control en el Semestre con Consulta Nutricional, según Estrategia

Con el propósito de contribuir a la reducción de la obesidad y a la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades bucales en la población chilena, hace una década que se ha estado introduciendo la intervención nutricional a través del ciclo vital como estrategia de fomentar la promoción de estilos de vida saludable en los niños (as), la práctica de buenos hábitos alimenticios y la actividad física.

La efectividad de esta intervención está comprobada al realizarla al 5to mes de vida, previo a la introducción de alimentos sólidos y a los 3 años y 6 meses, previo al inicio de la etapa pre escolar.

Definiciones conceptuales:

Consulta Nutricional al 5to mes: Corresponde a la atención nutricional de carácter promocional destinada a vigilar la lactancia materna e indicar cómo se debe realizar la correcta introducción de la alimentación sólida una vez que el niño o la niña cumpla los seis meses de vida (180 días), con énfasis en el fomento de hábitos de alimentación saludable evitando la introducción precoz de alimentos de alta densidad calórica y proteica; nada de sal ni azúcar.

Esta atención es realizada por profesional nutricionista y tiene un rendimiento de 2 pacientes por hora.

Consulta Nutricional 3 años 6 meses: Corresponde a la atención nutricional con componente bucal, dirigida a educar en estilos de vida saludable, con énfasis en alimentación y actividad física. En esta atención se refuerza hábitos preventivos de la salud bucal, reforzando la higiene con cepillo y pasta fluorada (entre 1000 y 1500 ppm), refuerzo del consumo de agua potable, moderación en el consumo de azúcar y sal, y control de malos hábitos bucales.

Esta atención es realizada por profesional nutricionista y tiene un rendimiento de 2 pacientes por hora.

Nota: los niños y niñas que antes de esta edad ya presentaban malnutrición por exceso (sobrepeso, obeso) o por déficit (riesgo de desnutrir o desnutrido) ya se encuentran en consulta con Nutricionista.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de niños (as) que se encuentran bajo control en el establecimiento, y que durante el semestre recibieron la consulta nutricional del 5to mes y la Consulta nutricional de los 3 años y 6 meses, según las definiciones mencionadas anteriormente.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección E: Población Inasistente a Control del Niño Sano (Al Corte)

Definiciones conceptuales:

Población Inasistente a Control del Niño Sano: Corresponde a los niños(as) que no acudieron a control el día que estaban citados y que se encuentran en los plazos máximos de inasistencia según edad.

En contexto de pandemia, se reformuló el criterio de inasistencia que se hará desde 0 a 9 años: 1 año desde el último control, sin embargo para el año 2021 en adelante se incorpora los siguientes rangos etarios

Rango de edad	Criterio de inasistencia
De 0 a 11 meses	3 meses de inasistencia desde el último control
De 12 a 59 meses	6 meses de inasistencia desde el último control
60 meses a 9 años	De inasistencia desde la último control

Estos niños(as) deberían ser rescatados antes de cumplir estos plazos máximos, con prioridad en menores de 2 años.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de niños(as) que se encuentran "inasistentes" a su control de salud, a la fecha de corte, por grupo de edad. Identificar y evaluar la inasistencia de la PBC infantil, permitirá saber el porcentaje de niños y niñas que no asisten, debiendo realizar acciones de rescate antes de cumplir estos plazos máximos.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección F: Población Infantil Según Diagnóstico de Presión Arterial (Incluida en la Sección A y A.1).

La detección temprana de pre hipertensión e hipertensión puede contribuir a disminuir los riesgos presentes y futuros en la salud, incluyendo el daño multiorgánico secundario y el riesgo de enfermedad cardiovascular. Dada la alta prevalencia de obesidad en nuestro país, es necesario vigilar la presión arterial a temprana edad.

Definiciones conceptuales:

Se considera a partir de los **tres años de edad** la medición de la presión arterial en el control de salud anual, independiente del estado nutricional de los niños (as). Para aquellos niños (as) que tienen necesidades especiales o que toman medicamentos que pueden elevar la presión arterial, deben ser controlados cada vez que asistan al Centro de Salud por los diferentes controles o por morbilidad.

Clasificación HTA	Niños y Niñas 1-9 años
Normal	PAS y PAD < p90
Presión arterial elevada	PAS y/o PAD \geq p90 a <p95 o PAS \geq 120 mmHg y/o PAD \geq 80 mmHg a < p95 (elegir la opción con el menor valor)
HTA Estadío I	PAS y/o PAD \geq p95 a <(p95 +12 mmHg) O PAS \geq 130 a 139 mmHg y/o PAD \geq 80 a 89 mmHg (elegir la opción con el menor valor)
HTA Estadío II	PAS y/o PAD \geq (p95 + 12 mmHg) o PAS \geq 140 mmHg y/o \geq 90 mmHg (elegir la opción con el menor valor)

Fuente: Tabla adaptada de referencia bibliográfica. Flynn & cols, 2017. p: percentil, HTA: Hipertensión Arterial, PAS: presión arterial sistólica, PAD: presión arterial diastólica.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños(as) que se encuentran bajo control en el establecimiento, según el resultado de medición de presión arterial, clasificado en normal, presión arterial elevada, HTA Estadío I o Estadío II, según grupo de edad expresada en meses y años según corresponda. El total de niños(as) por grupo edad debe estar incluido en la población bajo control de la sección A, según el grupo de edad respectivo.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección G: Población Infantil Eutrófica, Según Riesgo de Malnutrición por Exceso (Incluida en la Sección A y A.1)

En el marco de la prevención de obesidad y sobrepeso en la población infantil, se han incorporado una serie de acciones a ejecutar por los profesionales de salud, como la aplicación de pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en el control de salud de niños(as) una vez al año, a partir del primer mes de vida.

Definiciones conceptuales:

Población Infantil Eutrófica, Según Riesgo de Malnutrición por Exceso: Considera los menores con estado nutricional normal (eutróficos) que presenten dos o más factores de riesgo de malnutrición por exceso, son derivados a las distintas intervenciones nutricionales orientadas a disminuir los factores de riesgo cardiovascular, para contribuir a la prevención de enfermedades no transmisibles a temprana edad.

Algunos factores o condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso son:

- Madre y/o padre obeso
- Lactancia materna exclusiva inferior a 4 meses
- Recién nacido (RN) pequeño para la edad gestacional (PEG) o macroscópicos (peso mayor o igual a 4 kg).
- Antecedentes de diabetes gestacional en el embarazo
- Diabetes tipo II en padres y/o abuelos

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños(as) eutróficos que se encuentran bajo control en el establecimiento, y que han sido clasificados con o sin riesgo de malnutrición por exceso.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de niños (as) registrados en esta sección debe estar incluido en la población bajo control de la sección A y A.1, clasificado con diagnóstico nutricional integrado "normal", según grupo de edad expresado en meses.

Sección H: Población según diagnóstico de Niños, Niñas y Adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) (Incluida en la Sección A y A.1)

Definiciones conceptuales:

Los NANEAS son un grupo heterogéneo, incluso teniendo la misma condición de base. Al reconocer que cada niño, niña y adolescente y niña es distinto y que el cuidado debe ser individual, el enfrentamiento no debe ser exclusivamente de acuerdo a su condición, sino de acuerdo a sus necesidades. De esa forma se puede orientar el cuidado equitativo independiente de su condición de salud, así, un niño o niña puede tener una condición de base muy prevalente o muy infrecuente y el objetivo del cuidado será el mismo: intentar satisfacer sus necesidades desde un enfoque integral, sabiendo que cada persona es distinto en complejidad, aun teniendo la misma condición de base, el detectar las necesidades y caracterizarlas, permitirá identificar aquellos y aquellas con necesidades de baja o alta complejidad.

Los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de salud (NANEAS) suelen tener mayor prevalencia de diversos problemas de salud, como en salud mental del niño, niña y adolescente y sus familias, donde es fundamental diagnosticarlos e intervenir a tiempo, detectando los momentos que pudieran detonar crisis, como por ejemplo el momento del diagnóstico (o proceso diagnóstico), complicaciones de su patología de base, hospitalizaciones, determinación de etapa paliativa y preparación para el final de la vida.

También presentan mayor prevalencia de patologías bucodentarias, ya sea por su condición propiamente tal, el entorno o las medicinas indicadas, dietas altas en carbohidratos fermentables, higiene oral puede ser más compleja (el NANEAS puede cooperar menos o requerir de muchos otros cuidados dificultando el cumplimiento de la higiene oral), patologías asociadas pueden afectar intrínsecamente la salud oral, ya sea el desarrollo del diente (hipoplásicas, hipomaduraciones e hipocalcificaciones), erupción de ellos (adelanto o retraso), alteraciones en el número de dientes (supernumerarios o hipodoncias), alteraciones de la posición dentaria (maloclusión, desarmonías dento-maxilares y maxilo-mandibulares) y uso de mamaderas por un tiempo mayor.

Por otro lado, también son frecuentes las alteraciones digestivas, dado que la falta de movimiento de algunos niños y niñas con alguna discapacidad física suele alterar también la actividad del sistema digestivo, por lo que es común que este grupo tengan problemas de estreñimiento con mayor frecuencia.

Otras de los problemas asociados a niños y niñas con necesidades especiales son los problemas respiratorios. En niños y niñas con discapacidad física son muy frecuentes las bronquitis y neumonías, principalmente a que la tos es débil, la respiración suele ser menos profunda (el aire que ingresa en cada respiración es menor a lo necesario) y también a que frecuentemente que la comida sea aspirada a los pulmones y se infecte.

Así también es frecuente que los NANEAS con discapacidad física tengan dificultad para masticar y tragar algunos tipos de comida, esto ocurre por dos cosas: a veces tienen problemas para aceptar algunas consistencias de comida y otras veces se les dificultan los movimientos para masticar y tragar. Es frecuente que se atoren más fácilmente y que a veces aspiren el alimento. Por estos motivos se recomienda cambiar la consistencia de los alimentos de a poco, para que el niño o a niña aprenda a comer, se aconseja comenzar con texturas más licuadas y finas al comienzo, después darle alimentos más espesos y grueso, luego molidos con tenedor, picado y finalmente más enteros. Este proceso será más complejo y más lento que en un niño o niña sin discapacidad, pero en la mayoría de las ocasiones se podrá realizar con éxito.

Finalmente, algunos presentan enfermedades crónicas que aumentan el riesgo de hipertensión, cardiopatía o nefropatías, es por ellos que se aconseja medir la presión arterial periódicamente en el nivel secundario de salud, independiente que el niño o la niña sea menor de 3 años.

Definiciones operacionales:

La atención de NANEAS y sus diversas patologías, pueden ser registradas desde atención primaria, secundaria o terciaria. Se deben registrar a todos los niños, niñas y adolescentes desde los menores de 1 año hasta 19 años. Cabe señalar que los registros de menores de 1 año hasta los 9 años están incluidos en la sección A Y A1, No así los registros de 10 a 19 años, por ser un grupo de mayor edad a las secciones mencionadas. Las condiciones de salud que se presentan para el registro son los siguientes diagnósticos clínicos:

- **Presión Arterial Elevada:** Evaluación de la presión arterial por sobre los rangos definidos.
- **Diabetes tipo I:** Es el tipo más común en la infancia y adolescencia. Se caracteriza por la destrucción de las células beta conduciendo a la falla de la secreción insulínica. Esta destrucción es inducida por mecanismos autoinmunes.
- **Diabetes tipo II:** La diabetes tipo 2 en los niños es una enfermedad crónica que afecta la forma en la que el organismo procesa la glucosa, asociada con mayor frecuencia, a los adultos, no obstante, hay cada vez más casos de diabetes tipo 2 en niños, impulsada principalmente por la epidemia de obesidad.
- **Síndrome de Down:** Síndrome de Down corresponde a un conjunto de características particulares debido a la presencia de un cromosoma 21 adicional o parte de él.
- **Trastorno de Espectro Autista:** El Trastorno de Espectro Autista es una condición neuro biológica presente desde el nacimiento, caracterizado por una alteración severa y mantenida de la interacción social, comunicación y patrones de comportamiento e intereses restrictivos, estereotipados o ambos

- **Fibrosis Quística:** La Fibrosis quística es la enfermedad hereditaria de transmisión autosómica recesiva; se produce por una mutación en el gen que codifica la CFTR (proteína reguladora de conductancia transmembrana), ubicado en el brazo largo del cromosoma 7.
- **Parálisis Cerebral:** La parálisis cerebral es una alteración motora originada en una lesión del Sistema Nervioso Central que aún no ha completado su proceso de maduración. Es una alteración no progresiva, pero irreversible. Con mucha frecuencia se acompaña de síndromes convulsivos, alteraciones sensoriales y deficiencia cognitiva.
- **Enfermedades renales crónicas:** Las Enfermedad Renal Crónica, corresponde a anomalías estructurales o funcionales del riñón, que persisten por más de 3 meses y que tienen implicancias en la salud.
- **Enfermedades cardiacas crónicas:** Las Enfermedad Cardiaca Crónica, corresponde a anomalías estructurales o funcionales del corazón y vasos, de carácter congénito o adquirido.
- **Enfermedades gástricas crónicas:** Las Enfermedad Gástricas Crónica, corresponde a anomalías estructurales o funcionales del sistema gastrointestinal, de carácter congénito o adquirido, incluyendo los trastornos de la deglución.
- **Enfermedades del ojo:** Corresponde a anomalías oftalmológicas estructurales o funcionales de carácter congénito o adquirido.
- **Enfermedades del oído:** Corresponde a anomalías auditivas estructurales o funcionales de carácter congénito o adquirido.
- **Enfermedades de la piel:** Afecciones crónicas de la piel y mucosas.
- **Neoplasias:** Diagnostico oncológico en la Infancia
- **Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas:**

Las Malformaciones congénitas, deformaciones y/o anomalías cromosómicas, son condiciones que presentan los niños y niñas como consecuencia de problemas que ocurren durante el desarrollo fetal.
- **Prematuros:** Todo nacido vivo, con menor de 37 semanas de gestación.

- **Hospitalización Domiciliaria:** La Hospitalización Domiciliaria es una alternativa a la hospitalización tradicional, donde un equipo de salud brinda al paciente en forma continua y coordinada, atenciones y tratamientos en el hogar.

Reglas de consistencia:

R.1: Se registra el número de niños y niñas, desagregados según edad, y sexo.

REM-P3: Población en Control otros Programas

Secciones del REM-P3

Sección A: Existencia de población en control.

Sección B: Cuidadores de Pacientes con Dependencia Severa.

**Sección C: Población en Control en Programas de Rehabilitación Pulmonar en Sala
IRA-ERA**

Sección D: Nivel de Control de Población Respiratoria Crónica

Sección E: Resultado de Encuesta Calidad de Vida

Definiciones Conceptuales y Operacionales REM-P3

Sección A: Existencia de Población en Control

Definiciones conceptuales:

Población en control: corresponde a las personas que están bajo control en el establecimiento de salud a la fecha de corte, y están siendo tratadas por algún problema de salud o condición con médico, enfermera/o, kinesiólogo/a, terapeuta ocupacional y/o nutricionista u otro profesional pertinente según condición de salud que tienen una citación para un próximo control con alguno de estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia de acuerdo a rango etario.

Al pasar los plazos de inasistencia según edad desde la última citación, **se considera abandono** y deja su condición de "población en control" por esta causa. También, se deja de considerar como "población en control" si se constata que no es ubicable, ha cambiado de previsión de salud, ha cambiado su inscripción a otro Centro de Salud o ha fallecido.

En particular, para los diferentes ciclos vitales y/o rangos etarios, se considera como abandono lo siguiente:

Menores de 1 año: 2 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

De 12 a 23 meses: 5 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

De 24 meses hasta 5 años 11 meses 29 días: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte. Periodo durante el cual, se activan los sistemas de rescate de inasistentes.

De 6 años a 14 años 11 meses 29 días: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

De 15 años en adelante: 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, a la fecha del corte.

Durante este periodo, deben activarse los sistemas de rescate de inasistentes.

Nota: Con ocasión del brote de COVID-19 que afecta al país, calificado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud, se considerará de manera excepcional, un periodo inferior a 23 meses 29 días de inasistencia desde la última citación para mantener a un usuario como población bajo control.

Tras este periodo se debe activar el protocolo definido y realizar a lo menos tres acciones de rescate frustras, las que deberán documentarse en la ficha clínica de cada usuario.

Adicionalmente, no deberá considerarse egreso por abandono a personas que hayan tenido seguimiento remoto (telefónico) durante este periodo. Se recomienda que este seguimiento remoto aborde de manera integral al usuario a evaluar, según los lineamientos de cada programa a los que el usuario pertenece.

Sin perjuicio de lo anterior, en aquellos casos en donde la situación epidemiológica lo permita, se debe propiciar la atención presencial, basados en el plan paso a paso u otro similar vigente. En caso de detectarse alguna situación que alerte sobre la necesidad de atención presencial al usuario tras el seguimiento remoto, deberá coordinarse la instancia correspondiente a la brevedad posible.

El seguimiento remoto debe considerar los siguientes aspectos de acuerdo al programa de pertenencia:

- Evaluación del nivel de control (programas respiratorios)
- Asistencia a dispositivos de urgencia en el periodo (todos los de esta sección)
- Suficiencia y adherencia a terapia farmacológica (todos los de esta sección)
- Ulceras por presión (dependencia severa)
- Consulta sobre nivel de funcionalidad: marcha, AVD, EVA, entre otras (rehabilitación)
- Realización de actividad física guiada de manera remota individual y/o comunitaria o en otra modalidad.
- Otras de relevancia (epilepsia, glaucoma, hipotiroidismo, FQ).

Síndrome Bronquial Obstructiva Recurrente (SBOR): Cuadro clínico de 3 o más episodios de obstrucción bronquial durante los dos primeros años de vida. Se caracteriza por la inflamación y estrechamiento de la pared bronquial e hipersecreción de mucus (flemas) que se acumula en el interior (lumen), lo cual lleva a la obstrucción de los bronquios dificultando el paso del aire. Los niños(as) bajo control con diagnóstico confirmado según norma MINSAL, deben clasificarse en leve, moderado o severo.

Asma Bronquial: Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizada por obstrucción bronquial a distintos estímulos, total o parcialmente reversible, cuya evolución puede conducir a una modificación estructural de dichas vías (remodelación), provocando una obstrucción bronquial no reversible. Las personas bajo control con diagnóstico confirmado según norma MINSAL, deben categorizarse en Leve (Clasificación Intermittente y Persistente leve), Moderado (Clasificación Persistente moderada) y Severo (Clasificación Persistente Severa)

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): Se caracteriza por un fenómeno inflamatorio de la vía aérea responsable del aumento de la resistencia al paso del aire y que se acompaña de importantes síntomas sistémicos. Las personas bajo control con diagnóstico confirmado según norma MINSAL, deben categorizarse en etapa A y B.

Otras Respiratorias Crónicas: Corresponde a la población bajo control por enfermedades respiratorias crónicas que incluye las siguientes patologías: Displasia Broncopulmonar, Enfermedad Pulmonar Difusa, LCFA, Silicosis, Enfisema Pulmonar, Bronquiectasias, Malformaciones Pulmonares Congénitas, Disquinesia Ciliar, Bronquiolitis Obliterante, Neumoconiosis u otras

Oxígeno Dependiente: Personas en control por enfermedades respiratorias crónicas que requieren de oxígeno a permanencia como parte de su tratamiento.

Asistencia ventilatoria no invasiva o invasiva: usuarios pertenecientes a los Programas de Asistencia Ventilatoria Domiciliaria en control

Fibrosis Quística: corresponde a la población bajo control que padece de esta patología que se define como enfermedad genética, multisistémica, de evolución crónica, progresiva y letal cuyas principales manifestaciones incluyen: enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia pancreática. El diagnóstico se confirma a través de la medición de los electrolitos en el sudor (test del sudor).

Epilepsia: Personas en control por enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes.

Glaucoma: Se refiere a un conjunto de enfermedades que afectan el ojo provocando pérdida gradual y progresiva de la visión, debido al daño ocasionado en el nervio óptico.

Enfermedad de Parkinson: Personas en control por enfermedad neurodegenerativas que produce pérdida paulatina e irreversible de la capacidad física y mental, denominada Parkinson.

Artrosis de Cadera y Rodilla: Personas en control por enfermedad articular situada en caderas o rodillas degenerativas por deterioro y pérdida del cartílago hialino.

Alivio Del Dolor: Personas en control por cuidados a raíz de dolor que produce limitación funcional parcial o total.

Hipotiroidismo: Personas en control, por hipotiroidismo. Es la deficiencia en la producción de hormonas tiroideas, la cual afecta aproximadamente a un 5% de la población. Ocurre cuando la glándula tiroidea está dañada y no es capaz de producir las hormonas tiroideas suficientes para mantener el metabolismo del cuerpo normal.

Persona Clasificada con Dependencia Leve, según Índice Barthel: Personas bajo control que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, en control, que en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje mayor o igual a 60 puntos.

Persona Clasificada con Dependencia Moderada, según Índice Barthel: Personas bajo control que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, que en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 40 y 55 puntos.

Persona clasificada con Dependencia Severa Oncológica: Personas bajo control que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, que en aplicación de Índice de Barthel, obtiene un puntaje entre 20 y 35 puntos y padecen alguna patología cancerígena.

Persona clasificada con Dependencia severa No Oncológica: Corresponde a aquella persona de cualquier rango etario, que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, que según la evaluación por el Índice de Barthel obtiene 35 puntos o menos; o niñas y niños menores de 6 años de edad, y/o personas con diagnósticos de origen psiquiátrico e intelectual, que por criterio médico cumplan con criterios para ingresar al Programa, dada la necesidad de apoyos y cuidados y la existencia de un cuidador(a).

Personas clasificadas con Dependencia Severa con Ulceras por presión o Escaras: Personas bajo control que presentan algún grado de dependencia física, psíquica o multideficit, por discapacidad severa tanto oncológica como no oncológica, que padecen escaras.

Escaras: Lesiones causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de presión prolongada sobre prominencias Oseas o cartilaginosas.

Programa de Atención Domiciliaria por Dependencia Severa: Este programa corresponde a una estrategia de atención de salud que incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento, centrado en la persona con dependencia severa y su cuidador. Pretende mejorar la oportunidad de atención de las personas con dependencia severa y su cuidador(a), realizando la atención de salud correspondiente a la Atención Primaria de Salud en el domicilio familiar, resguardando la continuidad de la atención con los otros niveles de salud y el acceso a servicios locales y nacionales disponibles, mediante una adecuada articulación de la red intersectorial de servicios para personas con dependencia y sus familias.

El propósito del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con dependencia severa, es mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia severa, sus familias y cuidadores beneficiarios del sistema público de salud, e inscritos en APS, mediante acciones de salud integrales, cercanas y centradas en las personas dependientes y sus familias, considerando los aspectos promocionales, preventivos,

curativos y paliativos de la atención en salud desarrollados dentro del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario.

La población beneficiaria corresponde a aquellas personas inscritas validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria, clasificadas como Dependiente Severo según el Índice de Barthel y su cuidador (a).

En caso que la situación de dependencia está asociada a niños menores de 6 años de edad, y a personas con diagnósticos de origen psiquiátrico e intelectual, que por motivos de las características de su ciclo vital y/o curso de la enfermedad no reflejan en el instrumento Barthel la necesidad de apoyo, el médico del establecimiento (el médico que otorga el certificado debe ser un médico del establecimiento APS, donde la persona con dependencia se encuentra inscrito), deberá realizar un certificado (el cual deberá ser adjuntado a la ficha de la persona con dependencia severa y/o registrado en la ficha clínica del establecimiento) que valide la dependencia y la necesidad de apoyo de un cuidador y por tanto se solicita el Ingreso al Programa de Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa del Establecimiento (Programa de Atención Domiciliaria a personas con Dependencia Severa, MINSAL, Resolución Exenta N° 1361 del 14 de Diciembre de 2016)

Total, de Personas con Dependencia Severa: Corresponde a las personas que presentan dependencia severa, se encuentran bajo control en establecimientos de salud, y pertenecen al Programa de atención domiciliaria por dependencia severa, recibiendo las prestaciones en el domicilio.

Total, de Personas con Ulceras por presión o Escaras: Corresponde a las personas que poseen dependencia severa y tienen escaras y se encuentran bajo control en establecimientos de salud, y pertenecen al Programa de atención domiciliaria por dependencia severa.

Personas con cuidador que recibe apoyo monetario: Corresponde a las personas que presentan dependencia severa, se encuentran bajo control en establecimientos de salud, y pertenecen al Programa de atención domiciliaria por dependencia severa, recibiendo las prestaciones en el domicilio y que cuentan con cuidador que recibe apoyo monetario.

Personas con dependencia severa con indicación de Nutrición Enteral Domiciliaria (NED): Corresponde a las personas que presentan dependencia severa, se encuentran bajo control en establecimientos de salud, y pertenecen al Programa de atención domiciliaria por dependencia severa, con indicación de nutrición enteral domiciliaria desde el nivel de especialidad a través de la Ley de Tratamientos de Alto Costo.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de personas que se encuentran bajo control en el establecimiento por los distintos programas de salud a la fecha de corte. Se debe considerar el registro

por patologías y/o condiciones, es decir, si un paciente padece Asma Bronquial y Artrosis de Cadera y Rodilla, se debe registrar ambas patologías.

Pacientes con glaucoma: Corresponderá registrar la población en control por glaucoma de las UAPO

Población de Pacientes con Dependencia Severa: Las personas con dependencia severa se registrarán según condición, y la suma de las personas con dependencia severa oncológica y no oncológica debe ser el total de personas con dependencia severa bajo control en el establecimiento. La existencia de personas con dependencia severa que padece Escaras, debe estar incluida en el número de personas con discapacidad severa oncológica o no oncológica. En relación a las personas con Dependencia Severa que pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria por Discapacidad Severa, se debe tener en cuenta que: Programa Atención Domiciliaria Por Dependencia Severa – Total Personas: corresponde al número de personas (que poseen dependencia severa y son beneficiarios del programa. Este registro debe estar incluido en el número total de personas dependientes severas clasificadas en oncológicos y no oncológicos.

Dependencia Severa con Escaras: Corresponde al número de personas con dependencia severa con escaras, que son beneficiarios del programa. Este registro debe estar incluido en el número total de dependientes severos que pertenecen al programa y deben ser parte de las personas con dependencia severa oncológico y no oncológico (quienes pueden recibir o no pago por cuidadores o estipendio, por lo tanto, se registrarán todos los pacientes que pertenecen al programa)

Reglas de consistencia:

R.1: La población bajo control con espirometría vigente no debe ser mayor al total de población declarada en control.

R.2: No olvide escribir en la celda de población Migrantes (digite CERO si no tiene).

Sección B: Cuidadores de Pacientes por Dependencia Severa

Definiciones conceptuales:

Cuidador(a): Es la persona que realiza los cuidados directos de la persona con dependencia severa, pudiendo ser un familiar o un cuidador externo a la familia (vecino(a), amigo(a), etc.) En caso de que el cuidador no pertenezca al centro de salud en que se atiende la persona con dependencia severa, le corresponde de igual forma recibir las acciones de orientación para mantención y mejora de su situación de salud, evaluación de sobrecarga del cuidador, las capacitaciones y fomento de la participación correspondientes, y la orientación sobre beneficios en la red, entendiéndose que el objetivo del programa es otorgar a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, una atención de salud integral a la persona con dependencia severa, su cuidador y familia.

Cuidador capacitado: Corresponde al cuidador que ha recibido la capacitación de al menos 6 sesiones al año, de 45 minutos, por el equipo de salud del establecimiento, que contempla la entrega de herramientas necesarias para asumir los cuidados integrales de personas con dependencia severa, ya sea de forma grupal en el establecimiento u otro espacio comunitario, o bien de forma remota cuando no sea posible la realización de manera presencial

En caso de que las sesiones de educación, se realicen en el domicilio de las personas con dependencia severa y/o su cuidador, estas actividades NO se deben registrar de forma individual como visitas domiciliarias de tratamiento, se registran asociadas al REM P 03 al término de la capacitación de al menos 6 sesiones de educación al cuidador.

En el caso, que el cuidador reciba la capacitación por segundo año consecutivo o más, se entenderá como cuidador capacitado a quien reciba 4 actividades de capacitación de 45 minutos.

Para el registro de producción, esto se debe hacer mediante los instrumentos definidos para tal efecto, en la orientación técnica del programa.

Se comprenderá como cuidador capacitado, al cual recibe un ciclo de al menos 6 sesiones para cuidadores nuevo y 4 para cuidadores antiguos de 45 minutos, de educación planificadas en base a las necesidades de la situación de la persona con dependencia severa y su cuidador (a) y que respondan al plan de Atención Integral Consensuado de la persona con dependencia severa y el Plan de Cuidado del Cuidador, ambos planes son producto de la evaluación integral realizada mediante la observación de la situación de dependencia severa de la persona y su cuidador, la aplicación de los instrumentos Barthel y Zarit y la priorización en conjunto con la diada persona con dependencia - cuidador(a).

Dado a que las temáticas para la capacitación son producto de la interacción de los elementos mencionados en el párrafo anterior, se proponen como elementos básicos para orientar en las capacitaciones de los cuidadores los siguientes temas:

- Educación entorno al cuidado de la persona con dependencia severa
- Calidad de Vida, autonomía, dignidad y espiritualidad de la persona con dependencia severa
- Importancia de la ocupación, roles, rutina en la vida de la persona con dependencia severa.
- Manejo postural, movilizaciones, ejercicios, alimentación, hidratación, manejo de heridas, ayudas técnicas y adaptaciones del entorno, manejo farmacológico, manejo de signos vitales,
- Acompañamiento del buen morir.
- Educación para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador
- Importancia del autocuidado, actividades de relajación y actividad física.
- Importancia de la comunicación al interior del núcleo familia y la diada persona con dependencia severa-cuidador(a)
- Fomento del tiempo libre y uso de las actividades locales que puedan ser un aporte para utilizar el tiempo libre del cuidador.
- Técnicas de protección articular y conservación de la energía.
- Educación entorno a los beneficios sociales de la diada y núcleo familiar y redes de apoyo.
- Beneficios sociales tanto a nivel local y nacional.
- Cartera de prestaciones de salud dirigidas a las personas con dependencia severa, su cuidador y familia.
- Ley de derechos y deberes de los pacientes, ley 20.422.
- Importancia de las redes de apoyo.

Cuidador (a) con examen preventivo vigente:

- Persona que cumple el rol de cuidador que, dependiendo de su edad y condición de salud, debe mantener su examen preventivo vigente de acuerdo a lo siguiente:
- Persona menor a 65 años sin patología crónica, debe mantener su EMPA vigente.
- Persona mayor a 65 años sin patología crónica debe mantener su EMPAM vigente.
- Persona con patología crónica debe mantenerse con sus controles al día y en caso de ser persona mayor de 65 años su EMPAM vigente.

Cuidador(a) con apoyo monetario: Persona que realiza los cuidados directos de la persona con dependencia severa, pudiendo ser un familiar o un cuidador externo a la familia (vecino(a), amigo(a), etc.)⁸, beneficiario del estipendio.

Estipendio: Subsidio administrado por el Ministerio de Desarrollo Social que consiste en una prestación monetaria de cargo fiscal, que se paga al o la cuidadora(a) de una persona con dependencia severa.

Cuidador capacitado con apoyo monetario: Corresponde al cuidador que ha recibido la capacitación por el equipo de salud del establecimiento, que contempla la entrega de herramientas necesarias para asumir los cuidados integrales de personas con dependencia severa y cumple con los mismos criterios del cuidador capacitado, pero que recibe apoyo monetario.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de personas cuidadoras de personas con dependencia severa. Se debe registrar el número total de cuidadores, los cuidadores de personas con dependencia severa que son beneficiarios del Programa de Atención Domiciliaria, desagregados en cuidadores que reciben apoyo monetario, total cuidadores capacitados y cuidadores capacitados con apoyo monetario. En cuidadores que reciben apoyo monetario del Programa de Atención Domiciliaria por Dependencia Severa, corresponde registrar el número total de cuidadores que reciben el beneficio. En total cuidadores capacitados del Programa, se debe registrar el número de ellos que recibieron capacitación al menos una vez (con el total de sesiones esperadas en un año), desde que pertenecen al programa, registrando sólo un cuidador por paciente, aunque dos o más integrantes de la familia hayan recibido dicha capacitación.

En cuidadores capacitados con apoyo monetario, se registran sólo los cuidadores con apoyo monetario que recibieron capacitación al menos una vez, desde que pertenecen al programa, registrando sólo un cuidador por paciente, aunque dos o más integrantes de la familia hayan recibido dicha capacitación.

Reglas de consistencia:

R.1: Los cuidadores con apoyo monetario no deben ser mayores al total de cuidadores.

R.2: Los cuidadores con apoyo monetario deben ser igual al total de personas con "cuidador que recibe apoyo monetario de la sección A.

Sección C: Población en Control en Programa de Rehabilitación Pulmonar en Sala IRA-ERA

Definiciones conceptuales

Población en Control en Programa de Rehabilitación Pulmonar en Sala IRA-ERA: El propósito del Programa de Rehabilitación Pulmonar es mejorar la funcionalidad y reducir los síntomas respiratorios en las actividades de la vida diaria en personas con EPOC que se encuentran bajo control en el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), en la Atención Primaria de Salud.

Los criterios de inclusión para ingresar al programa son:

- Personas diagnosticadas con EPOC, sintomáticos respiratorios en las actividades de la vida diaria y que se encuentren bajo control en el programa ERA.
- Compromiso para cumplir con los requerimientos y asistencia al programa explicitado en un Consentimiento informado firmado.
- Evaluación por médico, en que se descartan comorbilidades que impidan su participación. Posibilidad de participar en el Programa sin aporte de Oxígeno.
- Disnea a lo menos grado 2 en la escala del MRCm.

Ingresos: son todas aquellas personas que inician el programa de Rehabilitación Pulmonar en el periodo.

Abandonos: son todas aquellas personas que egresan del programa de Rehabilitación Pulmonar en el periodo sin haber culminado el ciclo completo. Se requiere un mínimo de 17 sesiones para considerar completitud del ciclo (dentro de ellas debe existir una evaluación inicial y una final).

Egresos por término de ciclo: son todas aquellas personas que egresan del programa de Rehabilitación Pulmonar tras haber completado el mínimo de 17 sesiones incluyendo evaluación inicial y final.

Articulación continuidad en intersector: esta actividad considera la articulación con otras instancias presentes en el territorio con el objetivo de que la persona una vez habiendo completado el ciclo de Rehabilitación pulmonar, continúe realizando actividad física. Comprende instancias como gimnasios municipales, programas de actividad física para personas mayores u otras grupales o individuales. Requiere entregar información a la persona y al intersector de los signos de alerta y lo consignado en las

evaluaciones iniciales y finales del programa, para que la actividad física sea ajustada a las condiciones del individuo.

Definiciones operacionales

En esta sección corresponde registrar el número de personas que se encuentran bajo control en el establecimiento, que a la fecha de corte han ingresado, finalizado y abandonado el programa de Rehabilitación Pulmonar en la sala IRA-ERA o mixta durante el semestre. De la misma forma, se deben registrar el número de personas en las que existió articulación de instancias del intersector para continuidad de la actividad física de manera guiada. La información debe desagregarse por grupo etario y sexo.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección D: Nivel de Control de Población Respiratoria Crónica

Definiciones conceptuales:

Asma Bronquial: Su nivel de control se realiza mediante la evaluación de características específicas, que permiten identificar manifestaciones clínicas de la patología, se pueden clasificar en cuatro niveles: controlado, parcialmente controlado, no controlado y no evaluada.

Los objetivos del tratamiento del asma bronquial es lograr el control de las manifestaciones clínicas y mantenerlo en el tiempo. El control del asma se puede dividir en dos componentes: Control actual, que se refiere a los síntomas, nivel o limitación de actividad, terapia de rescate y función pulmonar.

Componente de riesgo futuro, se refiere a la probabilidad de deterioro, exacerbaciones y en forma muy importante la declinación de la función pulmonar.

Tabla 3: Clasificación del asma según niveles de control

Niveles de control del Asma			
A. Evaluación del control actual (últimas 4 semanas)			
Característica	Controlado	Parcialmente controlado	No controlado
Síntomas diarios	No (2 o menos/sem)	Más 2 veces/semana	Tres o más características del asma parcialmente controlada
Limitación de actividades	No	cualquiera	
Síntomas nocturnos	No	Cualquiera	
Necesidad medicamentos de rescate	No (2 o menos/sem)	Más de 2 veces/semana	
Función pulmonar (PEF/VEF1)	Normal	< 80 % valor predictivo o mejor valor personal	
B. Evaluación de riesgo futuro (riesgo de exacerbaciones, inestabilidad, rápida disminución de la función pulmonar, efectos adversos)			

Definiciones operacionales:

Asma Bronquial:

En esta sección corresponde registrar el número de personas de la existencia de población en control con diagnóstico de asma bronquial que cuentan con evaluación de nivel de control a la fecha de corte. Se clasifican según las siguientes variables:

Controlado: Corresponde registrar el número de personas que no presenta ninguna de las características de la evaluación del control.

Parcialmente Controlado: Corresponde registrar el número de personas que presentan 1 o 2 de las características de la evaluación del control.

No Controlado: Número de personas que presenta 3 o más de las características de la evaluación del control.

No evaluada: Número de personas que no cuentan con evaluación de nivel de control.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): Un adecuado control se establece si los pacientes cumplen las siguientes condiciones:

- Las exacerbaciones son infrecuentes y no requieren hospitalización.
- No requieren esteroides sistémicos crónicos.
- Presentan una reducción del grado de disnea en relación a la basal.
- No desarrollan insuficiencia respiratoria.
- Mantienen una buena tolerancia a fármacos inhalados.

En enfermedad pulmonar obstructiva crónica se debe registrar el número de personas que se encuentran bajo control en el establecimiento con diagnóstico de EPOC, y que cuentan con evaluación del control a la fecha de corte. Se deben clasificar según las siguientes variables:

Logra Control Adecuado: Se registra el número de personas que cumple con las condiciones indicadas.

No Logra Control Adecuado: Se registra el número de personas que no cumple con las condiciones indicadas.

No evaluada: Se registra el número de personas que no cuentan con evaluación del control a la fecha de corte.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de Asma Bronquial en ambos sexos no puede ser mayor al total de Asma Bronquial de ambos sexos de la sección A.

R.2: El total de EPOC en ambos sexos no puede ser mayor al total de Asma Bronquial de ambos sexos de la sección A.

Sección E: Resultado de Encuesta Calidad Vida

Definiciones conceptuales:

Corresponde al resultado obtenido tras la aplicación de la encuesta de calidad de vida que se realiza en sala IRA-ERA o Mixta al ingreso a programa por patología crónica (EPOC, Asma y otras enfermedades crónicas respiratorias) y a su relación con la reevaluación anual que debe realizarse.

Las encuestas de calidad de vida a utilizar deben ser las definidas y estandarizadas para Asma según rango de edad y para EPOC (PedsQL, CAT, EQ5D) en el caso de otras crónicas, se puede utilizar otra validada genérica o específica (EQ5D, Saint George Respiratory Questionnaire u otra) teniendo en consideración que debe aplicarse el mismo instrumento al ingreso y en las reevaluaciones para que esta pueda ser comparable.

Definiciones operacionales:

Se registra el número total de evaluados, incluidos los evaluados por primera vez. De los evaluados se debe registrar quienes mejoran en relación al año previo y quienes no lo hacen. Se debe registrar el dato desagregado por diagnóstico, sexo y edad.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de evaluados debe incluir a los evaluados por primera vez y a las reevaluaciones anuales, lo que debe coincidir con el total de encuestas aplicadas registradas en REM A23 sección P.

R.2: La suma de quienes mejoran y quienes no mejoran en relación al año anterior, debe coincidir con total de reevaluaciones anuales registradas en REM A23 sección P.

REM-P4 Población en Control Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)

Secciones del REM-P4

Sección A: Programa Salud Cardiovascular (PSCV)

Sección B: Metas de Compensación

Sección C: Variables de Seguimiento del PSCV al Corte

Definiciones Conceptuales y Operacional Variables de REM-P4

Sección A: Programa Salud Cardiovascular (PSCV)

Definiciones conceptuales:

Personas en control en el PSCV: Corresponde a las personas que están bajo control en el Programa Cardiovascular o Estrategia cuidado integral centrado en las personas (ECICEP) a la fecha de corte, ya sea en el establecimiento de salud, domicilio u otro establecimiento que cumpla con los criterios de calidad en caso de estado de alerta o catástrofe determinado por la autoridad sanitaria y están siendo controladas por alguna patología o condición de salud cardiovascular con médico, enfermera o nutricionista y que tienen una citación para un próximo control con alguno de estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia de 11 meses 29 días, desde la última citación, a la fecha del corte, en este periodo de inasistencia se debe activar el sistema de rescate de inasistentes, con tres rescates efectivos.

Al pasar 11 meses 29 días de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. También, se deja de considerar como "población en control" si se constata que no es ubicable, ha cambiado su inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Clasificación del Riesgo Cardiovascular: Corresponde a las personas que están bajo control en el Programa CV o Estrategia ECICEP a la fecha de corte, y han sido clasificadas en el control de Salud Cardiovascular, según riesgo: bajo, moderado o alto.

Personas en control según patologías y factores de riesgo (existencia): Corresponde a las personas que están bajo control en el Programa en el establecimiento de salud u otro lugar definido según criterios de calidad a la fecha de corte, y han sido diagnosticadas con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y/o dislipidemia. Las personas diagnosticadas con factores de riesgo se clasifican en tabaquismo en personas mayores de 55 años, antecedentes de infarto agudo al miocardio o antecedentes de enfermedad cerebro vascular.

Detección y prevención de la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC): Corresponde a las personas que están en control en el Programa en el establecimiento de salud a la fecha de corte, y se les ha aplicado la "Pauta de detección de Enfermedad Renal Crónica" (ERC) integrada al control de salud cardiovascular. La pauta de detección consiste en la evaluación la función renal a través de:

- 1) La estimación de la velocidad de filtración glomerular (VFGe) con un examen de creatinina plasmática, como indicador de la función renal.
- 2) La determinación de la razón albúmina-a-creatinina (RAC) en una muestra aislada de orina matinal para detectar daño renal.

La identificación de etapas en evaluación de función renal se relaciona con la estimación de la Velocidad de Filtración Glomerular (VFGe) y con la razón albuminuria-a-creatininuria (RAC). La primera se calcula de acuerdo al resultado de creatinina en sangre, entregado por el laboratorio, o según fórmulas matemáticas. La tendencia actual es utilizar la fórmula MDRD-4 (Modification of Diet in Renal Disease-4).

Para que una persona sea diagnosticada con ERC, debe cumplir **al menos uno** de los siguientes criterios:

- Velocidad de filtración glomerular estimada (VFGe) $<60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$.
- Marcadores de daño renal definido por la constancia de:
 - Albuminuria (Relación albúmina/creatinina (RAC) $\geq 30\text{mg}/\text{g}$).
 - Alteraciones del sedimento de orina. Ej. Hematuria, cilindros hemáticos.
 - Alteraciones electrolíticas u otras alteraciones de origen tubular.

- Anormalidades estructurales (por diagnóstico de imagen por ecotomografía, radiografía o resonancia nuclear magnética).
- Alteraciones estructurales histológicas (biopsia renal).
- Historia de trasplante renal.

El diagnóstico de ERC se debe objetivar en al menos 2 ocasiones, con 3 meses de diferencia, para descartar injuria renal aguda. En caso de VFGe <60mL/min/1,73m², tomar un nuevo examen en un plazo ≥2 semanas, para descartar la injuria renal aguda.

Considerando la función y el daño renal, se debe clasificar la ERC según la siguiente tabla:

Velocidad de filtración glomerular estimada			Relación albúmina creatinina		
			Categorías, descripción y rangos (mg/g)		
			A1	A2	A3
			Normal o ligeramente elevada.	Moderadamente elevada.	Gravemente elevada.
Categorías, descripción y rangos (mL/min/1.73m ²)			<30	30 a 300	>300
G1	≥90	Normal o elevado.	Monitorizar si tiene ERC.	Monitorizar.	Interconsulta a especialista.
G2	60 a 89	Ligeramente disminuido.	Monitorizar si tiene ERC.	Monitorizar.	Interconsulta a especialista.
G3a	45 a 59	Ligera a moderadamente disminuido.	Monitorizar.	Monitorizar.	Interconsulta a especialista.
G3b	30 a 44	Moderada a gravemente disminuido.	Interconsulta a especialista.	Interconsulta a especialista.	Interconsulta a especialista.
G4	15 a 29	Gravemente disminuido.	Interconsulta a especialista.	Interconsulta a especialista.	Interconsulta a especialista.
G5	<15	Fallo renal.	Interconsulta a especialista.	Interconsulta a especialista.	Interconsulta a especialista.

Según esta clasificación, registrar:

- **Sin enfermedad renal crónica**
- **ETAPA G1 y ETAPA G2**

- **ETAPA G3a**
- **ETAPA G3b**
- **ETAPA G4**
- **ETAPA G5**

Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen como pertenecientes a algún pueblo originario reconocido en Chile, que se encuentran en control por el Programa de Salud Cardiovascular o en Estrategia ECICEP.

Este registro permite cuantificar a la población originaria que tiene completa la evaluación para determinar sus patologías y/o factores de riesgo, y la evaluación correspondiente a ERC. Las condiciones de vida de los pueblos originarios pueden influir, tanto en el desarrollo, como en la prevención de estas patologías y/o factores de riesgo.

Población Migrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud por patologías o factores de riesgo cardiovasculares.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas en control de PSCV, por grupo de edad y sexo, clasificados según riesgo cardiovascular (bajo, moderado, alto), según patología y factores de riesgo (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia, Tabaquismo, antecedentes de Infarto al Miocardio (IAM), antecedentes de enfermedad Cerebro Vascular (ACV). Además, se registra el número de personas en PSCV y/o ECICEP que se les ha aplicado la pauta de detección de enfermedad renal crónica y se debe registrar, como subgrupo en la última columna, el número de personas con diabetes que tienen su pauta de detección enfermedad renal crónica (ERC).

La fila "Número de personas en PSCV" representa la población total que se encuentra bajo control en el Programa en el establecimiento, dado que independiente de su problema de salud o condición, es clasificada según riesgo cardiovascular que puede ser bajo, moderado o alto.

El registro de las columnas "Pueblos originarios" y "Población Inmigrantes" según sexo, debe estar contenido en los grupos de edad y sexo.

En la sección de “Personas bajo control según patología y factores de riesgo (existencia)”, se debe registrar el número de personas por patología o factor de riesgo, independiente si presenta una o más patologías y uno o más riesgos.

Reglas de consistencia

R.1: No olvide escribir en la celda de Población Migrantes (digite CERO si no tiene).

R.2: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

R.3: Las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 “declaradas “Sin Enfermedad Renal”, no debe ser mayor que el total de personas evaluados.

Sección B: Metas de Compensación

Definiciones conceptuales:

Personas bajo control por Hipertensión Arterial compensada: Corresponde a las personas que se encuentran en control con diagnóstico de Hipertensión Arterial con control de la presión arterial a la fecha del corte, según la siguiente tabla:

La medición de la presión arterial considerada debe ser la más reciente respecto a la fecha del censo y con una antigüedad no mayor de un año.

HIPERTENSION ARTERIAL	
de 15 a 79 años	PA < 140/90 mm
80 y más años	PA < 150/90 mm

Personas bajo control por Diabetes Mellitus compensada: Corresponde a las personas que se encuentran en control con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, y con valores de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) según la siguiente tabla:

DIABETES MELLITUS	
de 15 a 79 años	HbA1c <7%
80 y más años	HbA1c <8%

Niveles de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C): Menor a 7% con presión arterial menor a 140/90 mmHg y colesterol LDL menor a 100 mg/dl.

Se debe registrar a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 que cumplan las 3 variables descritas.

Los exámenes de laboratorio y la presión arterial considerada, deben ser los más recientes en relación a la fecha del censo y con una antigüedad no mayor de 12 meses.

Personas con RCV Alto: Corresponde a las personas que se encuentran en control en el programa de salud cardiovascular, con cualquier diagnóstico y que estén clasificados con riesgo alto y su examen de colesterol LDL sea menor a 100 mg/dl.

Personas bajo control con antecedentes de Enfermedad Cardiovascular (ECV): Corresponde a las personas que se encuentra en control y que han sido afectadas por enfermedades cardiovasculares a la fecha de corte, pudiendo ser isquémicas o hemorrágicas y que están recibiendo prevención secundaria de un nuevo acontecimiento cardiovascular.

El tratamiento que reciben estas personas para disminuir la morbimortalidad y prevenir la ocurrencia de nuevos eventos cardiovasculares son el ácido acetil salicílico (AAS) u otro antiagregante plaquetario, y alguna estatina (simvastatina, pravastatina, atorvastatina u otra.)

Fumador actual, corresponde a las personas que se encuentra en control y que han sido afectadas por enfermedades cardiovasculares (ACV y/o IAM) a la fecha de corte, y que según definición OMS son fumadores diarios u ocasionales

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas en control de PSCV, por grupo de edad y sexo que tienen compensadas sus patologías.

El número de personas con Presión Arterial menor a 140/90 mmHg o 150/90 mmHg, según la meta establecida por rango etario, están contenidas en el total de personas con hipertensión, por lo tanto, debe ser menor o igual al total del número de personas con diagnóstico de Hipertensión, por grupo de edad y sexo.

El número de personas en control con examen de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7% u 8% según meta establecida por rango etario, están contenidas en el total de personas con diabetes, por lo tanto, debe ser menor o igual al total del número de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, por grupo de edad y sexo.

Para tributar a la celda de “Pueblos Originarios”, debe cumplir con el criterio de compensación indicado en la tabla diferenciada por edad y además pertenecer a un pueblo originario según la legislación chilena. Siendo así un subgrupo para la meta de compensación para los diagnósticos de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2.

Para tributar a la celda de “Población migrantes”, debe cumplir con el criterio de compensación indicado en la tabla diferenciada por edad y además pertenecer a población migrante. Siendo así un subgrupo para la meta de compensación para el diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2. Cuando se llena este campo, excluye la celda de “Pueblos originarios”.

El número de personas en control, con examen de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) menor a 7%, presión arterial menor a 140/90 mmHg y Colesterol LDL menor a 100 mg/dl están contenidas en el total de personas con diabetes, por lo tanto, debe ser menor o igual al total del número de personas con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2, por grupo de edad y sexo.

El número de personas en control, con riesgo cardiovascular Alto y con colesterol LDL menor a 100 mg/dl., debe ser menor o igual al número total de personas con riesgo cardiovascular Alto de la sección A.

El número de personas en control, con antecedentes de enfermedad cardiovascular en tratamiento con ácido acetilsalicílico u otro antiagregante plaquetario, debe ser menor o igual al número total de personas con antecedentes de infarto (IAM) y enfermedad cerebro vascular (AVC) de la sección A.

El número de personas en control, con antecedentes de enfermedad cardiovascular en tratamiento con estatinas, debe ser menor o igual al número total de personas con antecedentes de infarto (IAM) y enfermedad cerebro vascular (AVC) de la sección A.

Reglas de consistencia:

R.1: Los pacientes declarados por grupo etario, deben ser menor o igual a los pacientes declarados en control de la sección A de la misma edad y diagnóstico.

R.2: No olvide escribir en la celda de Población Migrantes (digite CERO si no tiene).

R.3: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección C: Variables de Seguimiento del PSCV al Corte

Definiciones conceptuales:

Las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y que se encuentran en control en el PSCV y/o Estrategia cuidado integral centrado en las personas (ECICEP), deben ser monitoreadas permanentemente a fin de prevenir la ocurrencia de complicaciones micro y macroangiopáticas y en caso de que ya existan evitar su progresión o un nuevo evento. Las variables de seguimiento de personas con diabetes son:

Con razón albúmina creatinina (RAC) vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el programa a la fecha de corte, y tienen su evaluación de RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte. La RAC es la razón entre la medición de dos elementos en la orina: albúmina y creatinina. Se considera albuminuria positiva cuando la RAC es igual o mayor a 30 mg/g y es un indicador de ERC.

La albuminuria se utiliza para diagnosticar y monitorear la enfermedad renal. Un aumento de la albuminuria se asocia a un mayor riesgo de progresión de la enfermedad renal, mientras que una disminución indicaría una mejoría de la ERC y un menor riesgo cardiovascular.

Con velocidad de filtración glomerular estimada (VFGe) vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen su evaluación de VFGe vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Con razón albúmina creatinina (RAC) vigente y velocidad de filtración glomerular estimada (VFGe) vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte y tienen su evaluación de VFGe vigente y RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Personas con Fondo de Ojo vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen su evaluación de Fondo de ojo vigente, es decir, realizado dentro de los últimos 12 meses a la fecha del corte.

Personas con atención podológica vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen una atención podológica vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha del corte.

Personas con electrocardiograma (ECG) vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen su electrocardiograma vigente, es decir, realizado dentro de los últimos 12 meses a la fecha del corte.

Personas en tratamiento con insulina que logra meta con HbA1c, según edad: Usuarios con diabetes que usan insulina y que tienen HbA1C <7% en personas menores de 80 años y <8% en personas de 80 años y más.

Personas con diabetes con Hba1c >=9%: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, y tienen como resultado de la última medición vigente (últimos 12 meses) una HbA1c superior o igual al 9%.

FUMADOR ACTUAL: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, con diagnóstico de Diabetes Mellitus y fuma de manera diaria u ocasional.

Con ERC en tratamiento con IECA o ARA II: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, que tienen diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y ERC etapa 3b o superior, y utilizan un inhibidor de enzima convertidora (IECA) o antagonista receptor de angiotensina (ARA II).

Con un examen de colesterol LDL vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte y que poseen un examen de medición del colesterol LDL realizado en los últimos 12 meses.

Personas con evaluación vigente del pie, según pauta de estimación del riesgo de ulceración en personas con diabetes: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, a quienes se les ha realizado una evaluación del pie diabético, como parte integral de un control de salud, en los últimos 12 meses, y cuyo resultado fue clasificado según riesgo en: bajo, moderado, alto y/o máximo.

Esta evaluación debe ser realizada por médico o enfermera y es una acción, entre otras, que se efectúa a las personas con diabetes en un control de salud cardiovascular habitual, no es una actividad adicional.

Con Úlceras Activas de Pie Tratadas con Curación: Se registra el número de personas con diabetes que al corte han recibido curación Convencional o Avanzada (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte)

Con Úlceras Activas de Pie Tratadas con Ayuda técnica de descarga: Se registra el número de personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que a la fecha de corte, se les ha indicado ayuda técnica de descarga (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte).

Personas con diabetes con antecedente de amputación por pie diabético: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, quienes tienen el antecedente de una amputación no traumática, consecuencia de un pie con úlcera diabética.

Personas con diabetes con diagnóstico asociado de Hipertensión Arterial: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, y tienen asociado el diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Personas con diabetes con diagnóstico asociado de ERC: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, y tienen asociado el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica (G1 a G5).

Personas con diabetes con antecedentes de ataque cerebro vascular: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, que padecen Diabetes Mellitus, y tienen el antecedente de haber sufrido un ataque cerebro vascular.

Personas con diabetes con antecedentes de infarto agudo al miocardio: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, que padecen Diabetes Mellitus, y tienen el antecedente de haber sufrido un infarto agudo al miocardio.

PERSONAS CON HIPERTENSION EN PSCV

Con razón albúmina creatinina (RAC) vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen su evaluación de RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte. La RAC es la razón entre la medición de dos elementos en la orina: albúmina y creatinina. Se considera albuminuria* positiva cuando la RAC es mayor a 30 mg/g y es un indicador de Enfermedad Renal Crónica (ERC).

La albuminuria se utiliza para diagnosticar y monitorear la enfermedad renal. Un aumento de la albuminuria se asocia a un mayor riesgo de progresión de la enfermedad renal. Mientras que una disminución indicaría una mejoría de la ERC y un menor riesgo cardiovascular.

Población con Presión Arterial igual o mayor a 160/100 mmHg: Corresponde al número de personas con hipertensión con presión arterial >160/100 mmHg.

Población con velocidad de filtración glomerular estimada (VFGe) vigente: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, y tienen su evaluación de VFGe vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Con razón albúmina creatinina (RAC) vigente y velocidad de filtración glomerular estimada (VFGe) vigente: Corresponde a las personas con HTA que se encuentran bajo control a la fecha de corte y tienen su evaluación de VFGe vigente y RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Todas las personas con sobrepeso IMC entre 25 y 29.9 <65: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, menores de 65 años, que presentan un IMC entre 25 y 29.9 en la última medición vigente.

Todas las personas con sobrepeso IMC entre 28 y 31.9 >65: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, con 65 años y más, que presentan un IMC entre 30 y 31.9 en la última medición vigente.

Todas las personas en PSCV Obesidad $IMC \geq 30$ Kg/m² <65: Corresponde a las personas menores de 65 años, que presentan un IMC igual o mayor a 30 dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Todas las personas en PSCV Obesidad $IMC \geq 32$ Kg/m² >65: Corresponde a las personas de 65 años y más que presentan un IMC igual o mayor a 32 dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar a la población de personas con diabetes bajo control en el establecimiento a la fecha de corte, y que pertenece al Programa de Salud Cardiovascular, la cual debe ser registrada según cada una de las variables descritas anteriormente.

Cada número de personas consignado por variable no debe ser superior al número total de personas en control con Diabetes Mellitus.

Población de personas con diabetes en control por variable de seguimiento:

Con Razón Albúmina Creatinina (RAC): Con razón albúmina creatinina (RAC) vigente: Corresponde al número de personas con diabetes, al corte, con RAC vigente, es decir, realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte.

En caso que una persona con diabetes también presente hipertensión: Prevalecerá para efectos de registro como persona con diagnóstico de diabetes, debiendo consignar el dato en "PERSONAS CON DIABETES EN PSCV CON RAZON ALBÚMINA CREATININA (RAC), VIGENTE"

Con Velocidad de Filtración Glomerular estimada (VFGe): Se registra el número de personas que, al corte, poseen el resultado de VFGe vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte).

Con Fondo de Ojo Vigente: Se registra el número de personas que, al corte, poseen la evaluación de fondo de ojo vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte).

En Tratamiento con Insulina: Se registra el número de personas que, al corte, reciben tratamiento con insulina.

Con HbA1c >= 9 %: Se registra el número de personas que, al corte, el resultado de su examen de hemoglobina glicosilada es superior o igual al 9%.

Persona con atención podológica vigente: Se registra el número de personas que al corte, poseen la atención podológica vigente (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte).

El número de personas en control, con atención podológica vigente están contenidas en el total de personas con diabetes, por lo tanto, debe ser menor o igual al total del número de personas con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2, por grupo de edad y sexo.

Reglas de consistencia:

R.1: Las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 declarados por grupo etario en la sección C, no deben ser mayor a las personas con diagnóstico de diabetes en control de la sección A de la misma edad.

R.2: La suma de ambos sexos declarados en la sección C, debe ser igual al total de personas declaradas por grupo etario en la misma sección.

R.3: No olvide escribir en la celda de Población Migrantes (digite CERO si no tiene).

R.4: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

REM-P5: Población en Control Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores

Secciones del REM-P5

Sección A: Población en control por condición de funcionalidad.

Sección A.1: Existencia de población en control en P "Más Adultos Mayores Autovalentes" por condición de Funcionalidad.

Sección B: Población bajo control por Estado Nutricional.

Sección C: Personas Mayores con sospecha de maltrato.

Sección D: Personas Mayores en actividad física.

Sección E: Personas Mayores con riesgo de caídas.

Definiciones Conceptuales y Operacionales REM P-5

Sección A: Población en control por condición de funcionalidad

Definiciones conceptuales:

Población en Control: Corresponde a las personas mayores que están en control en el centro de salud en el cual se evalúa a través del Examen de Medicina Preventiva la condición de salud, estado nutricional, antecedentes mórbidos (patologías crónicas y síndromes geriátricos), tratamientos farmacológicos, exámenes de laboratorio (VIH, SIFILIS, Glicemia, Colesterol Total, Baciloscopía), actividad física, entrega de alimentos complementarios (PACAM), aplicación de examen funcional del adulto mayor (EFAM), Índice de Barthel, Test de Yesavage, Test de Pfeffer, Test Folstein Extendido, Test de riesgo de caídas (Estación Unipodal y Timed UP AND GO), evaluación social, sospecha de maltrato, adicciones (alcohol, tabaco y otras)

Se considera como población bajo control a todas las personas de 65 años y más, que a las que se ha aplicado el Examen de Medicina Preventiva, que incluya el respectivo Plan de Atención o se les ha realizado un control de seguimiento¹ en el período comprendido correspondiente a los últimos 11 meses y 29 días respecto a la fecha de corte.

Si durante el mencionado período, la persona, luego de tres acciones de rescate, presenta inasistencia, se considera pasivo y deja su condición de "población en control" por esta causa. Con ocasión del brote de COVID-19 que afecta al país, calificado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud, se considerará también:

Población bajo control: Todas las personas de 65 años y más que dentro de un periodo de hasta 23 meses 29 días a la fecha de corte hayan recibido el Examen de Medicina Preventiva, el Control de Seguimiento correspondiente o una atención por seguimiento remoto de acuerdo a los lineamientos para la atención integral e integrada de personas mayores.

¹Control de Seguimiento corresponde a la prestación determinada para las personas mayores cuyo nivel funcional es categorizado como autovalente con riesgo, en riesgo de dependencia, dependiente leve o dependiente moderado dentro de los 6 meses de realizado el Examen de Medicina Preventiva, para la evaluación del Plan de Atención.

EI EFAM es una actividad que mide la funcionalidad de la persona, se valora a través de un instrumento de evaluación que se aplica por integrantes del equipo de salud capacitado. Este instrumento clasifica según resultado en: Autovalente sin riesgo, Autovalente con riesgo, riesgo de dependencia. La vigencia es anual.

Personas que requieran asistencia de un tercero para la realización de actividades de la vida diaria deben ser evaluadas para determinar nivel de dependencia a través del Índice de Barthel.

Índice de Barthel: Es un instrumento de evaluación que se aplica en el control de salud del adulto mayor hospitalizado, consultas, domicilio y/o residencias y consultas de rehabilitación, que permite obtener el porcentaje de pérdida de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) del adulto mayor.

Los resultados de su aplicación son: Dependencia Leve, Dependencia Moderada, Dependencia Grave y Dependencia Total.

Personas con resultado de dependencia grave y total deben ser derivadas al Programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa siguiendo bajo control por las acciones antes descritas para la población de personas mayores.

La realización del Examen de Medicina Preventiva para la población de personas mayores incluye la formulación de un Plan de Acción y su respectivo seguimiento. Este Plan de Acción comprende objetivos, actividades, plazos y el respectivo seguimiento. Se formula en acuerdo con la persona mayor, para mantener o mejorar la condición de salud, intervenir sobre los factores protectores, factores limitantes y los resultados del Examen de Medicina Preventiva. Considera actividades realizadas por el equipo de salud, clínicas y de gestión de beneficios en salud y otras acciones de articulación con el intersector.

Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen con algún pueblo originario, que se encuentran en control por el Programa del adulto mayor.

Población Migrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas de 65 años y más bajo control en el bajo control en el centro de salud por el Examen de Medicina Preventivo y el correspondiente resultado de condición funcional evaluado a través de EFAM o Índice de Barthel, a la fecha de corte e, según grupo de edad y sexo de las personas, por condición de funcionalidad y las que pertenecen o se auto reconocen con un pueblo originario, y la población inmigrante según sexo.

El total de la población en control por condición de funcionalidad (con EFAM, Índice de Barthel) debe ser la suma de los adultos mayores Autovalentes sin riesgo, los Autovalentes con riesgo y los con riesgo de dependencias, más los adultos mayores con dependencia leve, moderada, grave o total.

Las personas registradas en pueblos originarios y población inmigrantes deben estar contenidas en los registros según edad, sexo y por su respectiva condición de funcionalidad.

Nota: Con ocasión del brote de COVID-19 que afecta al país, calificado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud, se considerará la sumatoria de:

- Número de personas de 65 años y más bajo control en el en el centro de salud por el Examen de Medicina Preventivo realizado en el período de 11 meses 29 días a la fecha de corte.
- Número de personas de 65 años y más que dentro de un periodo de hasta 23 meses 29 días a la fecha de corte hayan recibido el Examen de Medicina Preventiva y que registren una atención de seguimiento remoto dentro de los últimos 5 meses 29 días a la fecha de corte.

En caso de personas que no hayan sido evaluadas por el Examen de Medicina Preventivo dentro del período de 11 meses 29 días a la fecha de corte, y que hayan sido evaluadas con el Examen de Medicina Preventiva dentro de un período de 12 hasta 23 meses 29 días a la fecha de corte, se debe realizar el Seguimiento Remoto para considerarse dentro del registro de población bajo control. Si en el Seguimiento remoto, se pesquisa que la persona mayor requiere asistencia de terceros para realizar sus actividades diarias, se podrá aplicar el índice de Barthel en forma remota a la persona mayor o cuidador(a) y clasificar según puntaje en el nivel de dependencia. En personas autovalentes, que no requieran asistencia de terceros, se clasificarán según última condición funcional registrada.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de población migrantes (digite CERO si no tiene).

R.2: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección A.1: Existencia de población en control en Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" por condición de funcionalidad

Definiciones conceptuales:

Este Programa se inicia con la participación de las personas mayores pesquisados en el examen de medicina preventivo del adulto mayor (EMPAM) como Autovalentes sin riesgo, Autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia, en una intervención promocional y preventiva de estimulación de habilidades motoras, prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de vida saludable.

El objetivo de este Programa es prolongar la autovalencia de la persona mayor de 60 y más años, mejorando la condición funcional de las personas que están en riesgo de dependencia y manteniendo la condición de las personas que son Autovalentes. La estrategia del programa es:

- 1) Entregar continuidad a la estimulación funcional de las personas mayores, mediante capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional a sus organizaciones sociales locales.

Constituyen Criterios de Ingreso al Programa:

- Personas de 65 años y más, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva vigente y con resultado de Autovalente Sin Riesgo, Autovalente Con Riesgo y En Riesgo de Dependencia, que manifieste su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso Informado.
- Personas entre 60 y 64 años, beneficiarios de FONASA, inscritos en centros de salud de atención primaria, con su Examen de Medicina Preventiva Vigente o control de salud, que manifiesten su participación informada y voluntaria mediante la firma del Compromiso Informado.

Nota: Con ocasión del brote de COVID-19 que afecta al país, calificado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud, se considerará también el ingreso al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes de las personas de 60 años y más ingresadas a través de la aplicación del "Cuestionario para Ingreso Remoto Programa Más Adultos Mayores Autovalentes".

Definiciones operacionales:

Corresponde al número de personas que han ingresado al programa desde enero a la fecha de corte. Se registrará solo una vez, independiente de NO haber terminado el período de intervención correspondiente a la condición de funcionalidad por la que ingresó.

Se debe desagregar por grupo de edad y sexo de las personas, además de registrar en las últimas columnas las personas que pertenecen a pueblos originarios o son migrantes.

El número de personas que se registran en este programa, debe estar contenido en el número de personas registradas en la sección A, según grupo de edad, sexo, y condición de funcionalidad.

Nota: El grupo de 60 a 64 años, que no cumple criterios de persona mayor, bajo control por condición de funcionalidad no posee evaluación funcional del EMPAM, deben ser registrados en la fila de la condición Autovalente sin riesgo (filas G y H 26). Esta instrucción es una convención con el equipo técnico ya que no es posible evaluarlos.

La información provendrá desde los tarjeteros u otro instrumento que cumpla el objetivo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Nota: Con ocasión del brote de COVID-19 que afecta al país, calificado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud, se registrará la población que ingrese al Programa sin EMPAM vigente, como Autovalente sin riesgo. Esta instrucción es una convención técnica para lograr el registro, conocida la imposibilidad de determinar nivel funcional sin una evaluación presencial.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección B: Población en control por Estado Nutricional

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la población de personas mayores de 65 años y más que se encuentran bajo control en el establecimiento con nivel primario de atención, que ha sido evaluada por el Examen de Medicina Preventiva, cuyos resultados permiten determinar el diagnóstico del **Estado Nutricional**. Se clasifica en Bajo Peso, Normal, Sobrepeso y Obeso.

Las personas mayores que padecen "dependencia moderada, grave o total", y que no pueden ser evaluadas objetivamente a través de control de peso y talla, deberán ser evaluados mediante la apreciación diagnóstica y/o aplicación de otros instrumentos de evaluación del estado nutricional, por el Profesional o Técnico, responsable del control del paciente.

Pueblos Originarios: corresponde a las personas que se auto reconocen con algún pueblo originario, que se encuentran en control por el Programa del Adulto Mayor.

Población Inmigrante: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas de 65 años y más bajo control en el Centro de Salud, evaluadas por el Examen de Medicina Preventiva a la fecha de corte, por grupo de edad y sexo de las personas, según la clasificación de su estado nutricional. Además, se registran las personas que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario y la población migrante, que sean parte del programa.

El total de personas mayores de 65 años y más según estado nutricional debe ser igual al total de población en control por condición de funcionalidad, por grupo de edad y sexo, registrado en la sección A.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección C: Personas Mayores con sospecha de maltrato

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas de 65 años y más que se encuentran bajo control en establecimientos con nivel primario de atención, que han sido detectados con sospecha de maltrato en el Examen de Medicina Preventivo. Esto corresponde al abuso en personas mayores, que se define como cualquier acción o serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico a la persona y que ocurre dentro de una relación de confianza. El abuso a las personas mayores puede ser parte del ciclo de violencia familiar, que puede venir de cuidadores domiciliarios o puede ser el resultado de la falta de preparación de los sistemas de prestaciones sociales sanitarias para atender sus necesidades.

Las manifestaciones de abuso y maltrato de las personas mayores pueden tomar distintas dimensiones:

Abuso Físico: Causar daño físico o lesión, coerción física, como el impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada. También se incluye dentro de esta categoría el abuso sexual a una persona.

Abuso Psicológico: Causar daño psicológico, como el causar estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos.

Abuso Económico: La explotación de los bienes de la persona, el fraude o estafa a una persona mayor, el engaño o robo de su dinero o propiedades.

Negligencia o Abandono: Implica descuido u omisión en la realización de determinadas acciones o el dejar desamparado a una persona que depende de uno o por lo cual uno tiene alguna obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada.

Negligencia intencionada: El cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona mayor los cuidados apropiados para su situación. Sin embargo, cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia o abandono no intencionado.

Hay factores de riesgo en el entorno del paciente, tales como:

En la familia: estrés del cuidador, nivel de dependencia de la persona mayor, historia de violencia en la familia, dificultades personales y financieras del cuidador, alcoholismo u otras adicciones, falta de información y de recursos para la atención adecuada a una persona con discapacidad, aislamiento social del cuidador, falta de apoyo o de tiempo de respiro para el cuidador que es responsable por una persona discapacitada 24 horas, 7 días a la semana.

En Instituciones u Hogares Comunitarios: La institución impide u obstaculiza las visitas o los contactos de la persona mayor con la comunidad, o el centro de salud.

Los indicadores de un posible abuso o negligencia, son: Abuso, evidencia de lesión, especialmente múltiples en diferentes grados de resolución, fracturas que no tienen causa determinada, evidencia de lesiones no atendidas, señales de estar amarrado, atado o golpeado, enfermedades de transmisión sexual en personas incapaces de consentirlo, falta de higiene, desnutrición severa, deshidratación, hipotermia o úlceras por presiones no atendidas.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas de 65 años y más bajo control en el Centro de Salud evaluadas por el Examen de Medicina Preventiva a la fecha de corte, por grupo de edad y sexo de las personas, que se sospecha que son víctima de maltrato.

Reglas de consistencia:

R.1: El número de pacientes con sospecha de maltrato no puede ser mayor que el total de personas de 65 años y más declarados bajo control por condición de funcionalidad en la sección A.

Sección D: Personas Mayores en actividad física

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas de 65 años y más que se encuentran bajo control en establecimientos de atención primaria, evaluadas por el Examen de Medicina Preventiva y que realizan actividad física. Se considera que realiza actividad física cuando lo hace más de 3 veces por semana y alrededor de 30 minutos cada vez.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de personas de 65 años y más bajo control en el centro de salud a la fecha de corte, por edad y sexo de las personas, que realizan actividad física según lo evaluado en el Examen de Medicina Preventiva. Esta práctica de actividad física puede ser ejecutada en estrategias del centro de salud, de otros servicios municipales, en otras entidades o en forma independiente por la persona mayor.

Reglas de consistencia:

R.1: Las personas mayores en actividad física, no deben ser mayor al total de personas de 65 años y más declaradas bajo control en la sección A por condición de funcionalidad, independiente de su clasificación funcional, considerando que las personas con algún nivel de dependencia pueden realizar actividad física adaptada.

Sección E: Personas Mayores con riesgo de caídas

Definiciones conceptuales:

Timed UP and GO (TUG): La prueba consiste en medir el tiempo requerido para efectuar un recorrido de tres metros (mide equilibrio dinámico).

- Utilizar una silla sin brazos.
- Los tres metros se miden desde las patas delanteras de la silla, en dirección recta hasta un punto de referencia, marcadas con un cono o botella plástica con agua.
- Al inicio la persona debe estar sentada con la espalda bien apoyada contra el respaldo, los brazos al costado y los pies tocando el suelo.
- Se solicita a la persona que se pare sin apoyarse y camine como lo hace habitualmente, hasta el cono o botella y vuelva a sentarse.
- Se inicia la medición del tiempo cuando la persona despega la espalda de la silla, y se detiene cuando retoma la posición inicial.

Si la persona requiere algún tipo de ayuda para ponerse de pie, se suspende la prueba y se clasifica con alto riesgo de caída:

- Normal = < 10 seg.
- Riesgo leve de caída 11 a 20 seg. Alto riesgo de caída > 20 seg.

Estación Unipodal: Es una prueba que consiste en mantener el equilibrio corporal el mayor tiempo posible, apoyado en una extremidad inferior y la otra levantada al nivel de la cadera con la rodilla doblada en un ángulo de 90 grados.

A las personas con evidentes problemas de equilibrio, como el usar productos de apoyo (ayudas técnicas) no se les debe aplicar esta prueba.

Criterios para la aplicación de la prueba:

- El evaluador deberá demostrar la ejecución de la prueba

- El evaluador deberá situarse a un costado de la persona a evaluar, estar atento a posibles pérdidas de equilibrio.

Se solicita a la persona pararse con los brazos cruzados sobre el tórax apoyando las manos en los hombros, luego se le solicita levantar una pierna hasta llegar al nivel de la cadera con la rodilla doblada o flectada en un ángulo de 90 grados. Debe mantenerse en esa posición el mayor tiempo posible.

- Repetir lo mismo con la otra extremidad.
- El tiempo se medirá en segundos, desde el momento en que la persona logra el ángulo de 90 grados.
- Repetir la prueba tres veces en cada pie, se registra el mejor tiempo obtenido.
- Normal: ≥ 5 segundos Alterado: < 4 segundos

Criterios de alteración de la prueba:

- Si descruza los brazos y busca apoyo.
- Si se desestabiliza o las extremidades inferiores se tocan entre sí.
- Cuando el pie elevado toca el suelo o está de pie.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas de 65 años y más bajo control en el Centro de Salud por evaluación con el Examen de Medicina Preventiva a la fecha de corte, según grupo de edad y sexo de las personas, según el nivel de riesgo obtenido como resultado de los instrumentos aplicados: normal, leve o alto.

Reglas de consistencia:

R.1: Las Personas Mayores con evaluación de riesgo de caídas, deben ser menor o igual al total de Personas de 65 años y más declarados bajo control por condición de funcionalidad en la sección A.

REM-P6 Población en Control Programa de Salud Mental en Atención Primaria y Especialidad

Secciones del REM-P6

- Sección A:** Atención Primaria.
- Sección A.1:** Población en control en APS al corte.
- Sección A.2:** Programa de Rehabilitación (personas con trastornos psiquiátricos), en Atención Primaria.
- Sección A.3:** Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria.
- Sección B:** Atención de especialidades
- Sección B.1:** Población en control en especialidad al corte.
- Sección B.2:** Programa de Rehabilitación en Especialidad (personas con trastornos psiquiátrico).

Definiciones Conceptuales y Operacionales REM-P6

A. Atención Primaria

Sección A.1: Población en Control en APS al Corte

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas que están en control con médico o psicólogo (terapeuta ocupacional, asistente social, enfermera u otro profesional capacitado), por factores de riesgo y condicionantes de salud mental y/o por diagnósticos de trastornos mentales. Considera a las personas que reciben prestaciones de control de salud mental de manera presencial, como también, a las personas que reciben acciones telefónicas de seguimiento y/o controles de salud mental realizados de manera remota, siendo todo esto, registrado en su respectiva ficha clínica electrónica.

Población en control: Se considera como población bajo control a todas las personas que tienen citación para estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 45 días, a la fecha del corte. En este periodo se activa el sistema de rescate de inasistentes.

Al pasar el plazo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Factores de Riesgo y Condicionantes de la Salud Mental:

Violencia: Corresponde a cualquier acción o conducta, que cause muerte, daño o sufrimiento, tanto físico, psicológico como sexual, que se pueda dar en la vía pública y/o en el ámbito privado. 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.

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).

Suicidio: Es el acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte. Por lo general es consecuencia de la desesperación derivada o atribuible a una enfermedad física, una enfermedad mental como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia o el trastorno límite de la personalidad el alcoholismo o el abuso de sustancias.

Ideación suicida: Abarca un continuo que va desde pensamientos sobre la muerte o sobre morir (“me gustaría desaparecer”), deseos de morir (“ojalá estuviera muerto”), pensamientos de hacerse daño (“a veces tengo ganas de cortarme con un cuchillo”), hasta un plan específico para suicidarse (“me voy a tirar desde mi balcón”).

Intento de suicidio: Implica una serie de conductas o actos con lo que una persona intencionalmente busca causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación.

Personas con diagnósticos de trastornos mentales: Para identificar el diagnóstico, basarse en guías clínicas, orientaciones técnicas actuales, o la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).

Personas con Diagnósticos de Trastornos Mentales:

- Trastornos del Humor (Afectivos) en nivel de APS:
 - Depresión Leve
 - Depresión Moderada
 - Depresión Grave
 - Depresión Post parto

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

- Trastorno Bipolar

- Trastornos Mentales y del Comportamiento debido a Consumo Sustancias Psicotrópicas:
 - Consumo perjudicial o dependencia de Alcohol.
 - Consumo perjudicial o dependencia como droga principal.
 - Policonsumo.
- Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia:
 - Trastorno Hiperactivo.
 - Trastorno Disocial, Desafiante y Opositor.
 - Trastorno de Ansiedad de Separación en la Infancia.
 - Otros Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia.
- Trastornos de ansiedad:
 - Trastorno Estrés Post Traumático

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.

En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez. Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa

con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad.

Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

➤ Trastorno de Pánico con Agorafobia.

Al encontrarse en presencia de una persona con trastorno de pánico se deberá evaluar la presencia de agorafobia, que describe temores a lugares abiertos, temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones.

Algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa. A muchos enfermos les aterra pensar en la posibilidad de poder desmayarse o quedarse solos, sin ayuda, en público.

La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia. Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas. Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o

viajar solo. La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

➤ Trastorno de pánico sin Agorofobia.

Son personas que presentan crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico), no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares, siendo por tanto imprevisibles. Es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor a morir, a perder el control o a enloquecer.

La duración de cada crisis es variable y va desde sólo unos minutos o persistir por más tiempo. A menudo el miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que los padecen terminan por salir, escapar, de donde se encuentran. Si esto tiene lugar en una situación concreta, por ejemplo, en un autobús o en una multitud, como consecuencia el enfermo puede en el futuro tratar de evitar esa situación. Del mismo modo, frecuentes e imprevisibles ataques de pánico llevan a tener miedo a estar sólo o a ir a sitios públicos.

Un ataque de pánico a menudo se sigue de un miedo persistente a tener otro ataque de pánico. Para un diagnóstico definitivo deben de presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes, en circunstancias en las que no hay un peligro objetivo; no deben presentarse sólo en situaciones conocidas o previsibles y en el período entre las crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad, aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve. Incluye Ataques de pánico y estados de pánico.

➤ Fobias sociales.

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Algunas de las fobias sociales son restringidas (por ejemplo, a comer en público, a hablar en público o a encuentros con el sexo contrario), otras son difusas y abarcan casi todas

las situaciones sociales fuera del círculo familiar. El temor a vomitar en público puede ser importante.

Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad.

Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto. Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas. Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas. La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

➤ Trastorno de ansiedad generalizada.

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

de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo (F32.-), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno de pánico (F41.0) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

➤ Otros trastornos de ansiedad.

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

➤ Demencias (Incluye Alzheimer):

➤ Leve.

Tiende a ser ignorada. Familiares y amigos (y a veces también profesionales) erróneamente lo entienden sólo como “vejez”, o tan sólo lo consideran como un componente del proceso de envejecimiento. Dado que el inicio de la enfermedad es gradual, es difícil saber con exactitud cuándo comienza. Algunas características que se presentan son las siguientes:

Las personas tienen problemas de memoria, olvidándose de algunas cosas, especialmente aquellos hechos recientes. Una diferencia central respecto al envejecimiento normal, es que los olvidos tienen a abarcar hechos completos (por ejemplo, haber ido al médico la semana anterior) y no sólo detalles de un evento (por ejemplo, detalles de la explicación del médico)

Se pueden presentar dificultades en la comunicación, tal como para encontrar las palabras adecuadas de uso poco frecuente.

Pueden ocurrir extravíos en lugares no tan familiares o conocidos.

Puede ocurrir desorientación temporoespacial, incluyendo hora del día, mes, año, estaciones. En el caso de la demencia tipo Alzheimer, es más frecuente la desorientación temporal en etapas iniciales.

Se pueden presentar dificultades en la toma de decisiones complejas y puede disminuir la capacidad para planificar viajes y el manejo de las finanzas.

Pueden existir algunas dificultades para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (ejemplo: uso de transporte, medicación, uso del dinero, cocinar, lavar, entre otras).

Se comienza a observar repetitivo, esto es, puede hacer una misma pregunta o contar un mismo evento de forma reiterada, pudiendo mostrarse contrariado y/o ansioso cuando se le hace notar este defecto.

En términos conductuales, una de los primeros síntomas que suele aparecer es la apatía, la que suele confundirse con depresión.

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

➤ Moderado.

Se produce un avance de la enfermedad, en la que los problemas que se presentan son más obvios y comienzan a ser más limitantes. Entre las características que se presentan en esta fase se encuentran:

- Las personas tienen mayores dificultades a nivel de memoria, tornándose muy olvidadizos, especialmente sobre eventos recientes y nombres de personas. En esta etapa se acentúa lo señalado en el apartado anterior, pudiendo olvidar lo hecho o conversado tan sólo minutos atrás. En esta etapa es imposible ignorar el problema de memoria, si se trata de una demencia tipo Alzheimer, pues el olvido es masivo y el aprendizaje de nueva información es escasa.
- Existe desorientación temporoespacial y en general se ven afectados diferentes dominios cognitivos.
- Las personas son menos capaces de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Habitualmente sabe su nombre, y generalmente el de su esposa e hijos. Así mismo, recuerda hechos del pasado remoto, aunque con escasos detalles.

- Se presentan dificultades para comprender el tiempo, fechas, lugares y eventos; podría perderse tanto en el hogar como en la comunidad.
 - Se pueden aumentar dificultades en la comunicación (en el habla y la comprensión). La dificultad en nombrar objetos se vuelve más acentuado, y el lenguaje en general se torna empobrecido en relación a sus capacidades basales, lo que se evidencia con el aumento de palabras generales como “eso”, “cosa”, etc., en reemplazo de la palabra apropiada.
 - No requiere asistencia en el aseo ni en la alimentación, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.
 - Existen dificultades para realizar actividades domésticas con éxito, como preparar alimentos, limpiar o ir de compras.
 - Las personas son incapaces de vivir solas de manera segura, requiriendo de un apoyo considerable de familiares/cuidadores.
 - Debido a los trastornos cognitivos, la persona tiene severas dificultades para entender el mundo que le rodea, el que le puede aparecer por momentos amenazante e inseguro. Es por ello que en esta etapa pueden aparecer los trastornos del comportamiento (o síntomas neuropsiquiátricos), muchos de los cuales son exacerbados por claves ambientales que actúan como gatillantes. Por lo mismo, es la etapa donde el estrés del cuidador se ve más acentuado.
- Avanzado.

Se produce un nivel de dependencia casi total en las personas que presentan demencia, sumado a inactividad en algunos, llegando en casos más severos a caer en postración. Las alteraciones de la memoria son más serias y las repercusiones físicas de la enfermedad se tornan más evidentes. Entre las características de esta fase se presentan:

- Las personas usualmente no están al tanto de la fecha o el lugar donde se encuentra, presentando desorientación temporoespacial. En esta etapa en realidad más que la desorientación temporoespacial, uno de los aspectos más llamativos de lo cognitivo es la gran afectación en lenguaje tanto expresivo como comprensivo. En etapas finales sólo puede emitir sonidos o

palabras inconexas. Todas las funciones cognitivas están severamente afectadas y la comunicación se torna muy difícil.

- Se presentan dificultades para comprender lo que sucede a su alrededor (esto ya está presente en etapas moderadas a severas de la enfermedad)
- No se reconoce a familiares, amigos u objetos conocidos
- Se presenta un ritmo diurno frecuentemente alterado
- Existe dificultad para comer sin ayuda, se podría tener dificultades para tragar.
- Las personas pueden sufrir de incontinencia urinaria e intestinal, por lo que requieren de una necesidad cada vez mayor de recibir asistencia para el autocuidado (ej. aseo personal y bañarse).
- Presentan cambios en su movilidad: puede no ser capaz de caminar o estar confinado a una silla de ruedas o cama.
- Las personas pueden perderse dentro del hogar.
- Estos periodos son sólo pautas aproximadas, ya que algunas personas pueden deteriorarse más rápido y otras más lentamente, sumado a que no todas las personas con demencia manifiestan la totalidad de los síntomas (OMS, 2012).

Si a pesar de las características descritas para estas fases de progresión de la demencia persiste la duda para su clasificación, se sugiere consignar el registro en la categoría de DEMENCIA LEVE

Es importante considerar que esta pauta esta principalmente orientada a la demencia tipo Alzheimer, que es la más frecuente. No obstante, la evolución y forma de progresión puede variar en otros tipos de demencia.

- Esquizofrenia
- Primer episodio esquizofrenia con ocupación regular
- Trastornos de la conducta alimentaria

- Retraso mental
- Trastorno de personalidad
- Trastorno generalizado del desarrollo
- Autismo
- Asperger
- Síndrome de Rett
- Trastorno Desintegrativo de la infancia
- Trastorno generalizado del desarrollo no específico
- Epilepsia.
- Otras.

Población en control de Gestantes: Corresponde a las mujeres gestantes que están bajo control en el Programa de Salud Mental, por algún factor de riesgo relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancias, por haber sido diagnosticada con depresión (leve, moderada o grave) o por padecer algún trastorno mental o del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas.

Población en control de Madres de hijo menor de 5 años: Corresponde a las mujeres madres de hijo menor de 5 años, que están bajo control en el Programa de Salud Mental, por padecer de Trastorno del Humor Afectivo (depresión en alguno de sus niveles o trastorno bipolar), en el transcurso de los 5 primeros años del nacimiento de su hijo(a) y que no fueron diagnosticadas con depresión postparto.

Población en control de Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen con pueblo originario, que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

Población en control de Migrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Programas SENAME: Corresponde a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan en algún programa de la red de protección del SENAME y que se encuentran en control vigente en el nivel primario de salud, contemplado en el Plan de Salud Familiar.

Plan de cuidado integral Elaborado: Instrumento de gestión clínica que explicita un diseño estratégico de intervención para cada persona usuaria, elaborado en base al motivo de consulta y a la evaluación y diagnóstico integral realizado por el equipo tratante, incorporando en su construcción a la persona, familia, red de apoyo. El Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, sustituye el concepto de Plan de Tratamiento Integral (PTI) y Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI), por el de Plan de Cuidados Integrales (PCI). Esta opción técnica revela el concepto de “cuidados” por sobre el de “tratamiento”, ya que el PCI aporta una visión amplia del proceso de atención y cuidado que apunta a la recuperación y la inclusión socio sanitaria. Aunque la construcción conjunta y consensuada de los objetivos supone un acuerdo con la persona usuaria (y su familia y grupo de apoyo), el conocimiento de estos objetivos y la participación en sus logros es una necesidad que debe traducirse en una formulación explícita de estos acuerdos, expresado en un contrato terapéutico y, cuando corresponda según la Ley 20.584, en un consentimiento informado.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de población en control en establecimientos que brindan atención primaria de salud, tales como Hospitales de baja complejidad, Centros de Salud Familiar, Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rural, Centros Generales Urbanos, Centros Generales Rurales, Centros Comunitarios de Salud Familiar o Postas de Salud Rural.

En la fila 13 “Número de personas en control en el Programa” como en la fila 20 “Personas con diagnósticos de Trastornos Mentales”, se deberá registrar el número de personas que ingresan al Programa, independiente del número de factores de riesgo, condicionantes o diagnósticos de trastornos de salud mental que tenga la persona.

Además, se debe registrar el número de personas en control que presentan factores de riesgo y/o diagnóstico de algún trastorno mental a la fecha del corte, desglosado por sexo, grupo de edad condición de gestante, madre de hijos menores a 5 años, y por población perteneciente a pueblos originarios,

población migrante y Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Población SENAME.

Si una persona presenta más de un riesgo y/o más de un condicionante y/o más de un diagnóstico de trastornos de salud mental, se deberá registrar todas las que correspondan, exceptuando las filas 13 y 20.

La población bajo control de gestantes, madres de hijo menor de 5 años, pueblos originarios, población migrante y Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Población SENAME debe estar incluida en la población registrada según grupo de edad y sexo de las personas atendidas.

En la columna Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Programas SENAME se registra la población bajo control de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, de todos los Programas y dispositivos SENAME (ambulatorios, centro de cuidado alternativo residencial – residencia, Centro de Internación Provisoria (CIP) y Centro Cerrado de Reclusión (CRC), desagregados por cada factor de riesgo o diagnóstico.

Respecto a la población de gestantes en control, en este Programa:

Corte a Junio: Corresponde registrar a aquellas mujeres, que están o estuvieron en control en el Programa de Salud Mental durante el semestre, en condición de gestante.

Corte a Diciembre: Corresponde registrar a aquellas mujeres, que están o estuvieron en Control en el Programa de Salud Mental durante el año (Ene a Dic), en condición de gestante.

Plan Cuidado Integral Elaborado: corresponde registrar los Planes de Cuidado Integral de las personas bajo control en el programa, comprendiendo que toda persona que se encuentra en tratamiento por algún factor de riesgo y/o trastorno mental, debe tener su PCI.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

R.3: No olvide escribir en la celda de Niños, niña, adolescente y Jóvenes de población SENAME (digite CERO si no tiene).

Sección A.2: Programa de Rehabilitación (Personas con Trastorno Psiquiátrico), en Atención Primaria.

Definiciones conceptuales:

Programa de Rehabilitación Tipo I y Tipo II: Es un conjunto de actividades ambulatorias que apoyan el proceso de rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental y discapacidad psíquica moderada (tipo I) y discapacidad psíquica severa (tipo II), otorgadas por un equipo especializado en salud mental y psiquiatría en establecimientos del nivel primario de atención.

Población en control en el Programa: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa de Rehabilitación de Trastornos Psiquiátricos en el establecimiento del nivel primario, 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.

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

Programa de Rehabilitación Tipo II: Las actividades se realizan en un mínimo de 72 horas mensuales distribuidas en al menos 4 días a la semana, con sesiones de un mínimo de cuatro horas y por un período máximo de dos años.

Definiciones operacionales:

En esta sección se registra el número de personas en control que pertenecen al Programa de Rehabilitación en el establecimiento de atención primaria a la fecha de corte, según tipo de rehabilitación que puede ser I o II, desglosadas por sexo y grupo de edad.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección A.3: Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria

Definiciones conceptuales:

Población en control: Corresponde a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que están en control en el Programa de Acompañamiento Psicosocial.

Se considera como población bajo control a todas las personas que se encuentran vigentes en el Programa, habiendo recibido prestaciones en los últimos 30 días.

Una persona puede estar en control en Programa de Acompañamiento Psicosocial, y a la vez formar parte de la población bajo control de otros Programas del Centro de Salud, incluyendo el Programa de Salud Mental.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de población en control en establecimientos que brindan atención primaria de salud, tales como Hospitales de baja complejidad, Centros de Salud Familiar, Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rural, Centros Generales Urbanos, Centros Generales Rurales que ejecutan el Programa de Acompañamiento Psicosocial.

El número de personas en control en Programa de Acompañamiento Psicosocial", se deberá registrar el número de personas que se encuentran bajo control en el Programa, independiente del número de factores de riesgo psicosocial que la persona tenga.

Se debe consignar la información desglosada por sexo, y por grupo de edad entre los 0 y 24 años.

Corte a Junio: Corresponde registrar a aquellas personas que están en control en el Programa de Acompañamiento Psicosocial con corte al 30 de junio.

Corte a Diciembre: Corresponde registrar a aquellas personas que están en control en el Programa de Acompañamiento Psicosocial con corte al 31 de diciembre.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección B.1: Población en Control en Especialidad al Corte

Definiciones conceptuales:

Población en control: Corresponde a las personas que están en control en el nivel secundario con médico o psicólogo (terapeuta ocupacional, asistente social, enfermera u otro profesional capacitado), por factores de riesgo y condicionantes de salud mental y/o por diagnósticos de trastornos mentales.

Se considera como población bajo control a todas las personas que tienen citación para estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 45 días, a la fecha del corte. En este periodo se activa el sistema de rescate de inasistentes.

Al pasar el plazo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de "población en control" por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Población en Control según Factores de Riesgo y Condicionantes de la Salud Mental:

Violencia: Corresponde a cualquier acción o conducta, que cause muerte, daño o sufrimiento, tanto físico, psicológico como sexual, que se pueda dar en la vía pública y/o en el ámbito privado. 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.

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.

Suicidio: Es el acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte. Por lo general es consecuencia de la desesperación derivada o atribuible a una enfermedad física, una enfermedad mental —como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia o el trastorno límite de la personalidad— el alcoholismo o el abuso de sustancias.

Ideación suicida: Abarca un continuo que va desde pensamientos sobre la muerte o sobre morir (“me gustaría desaparecer”), deseos de morir (“ojalá estuviera muerto”), pensamientos de hacerse daño (“a veces tengo ganas de cortarme con un cuchillo”), hasta un plan específico para suicidarse (“me voy a tirar desde mi balcón”).

Intento de suicidio: Implica una serie de conductas o actos con lo que una persona intencionalmente busca causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación.

Personas con diagnósticos de trastornos mentales: Para identificar el diagnóstico, basarse en guías clínicas, orientaciones técnicas actuales, o la Clasificación Internacional de Diagnósticos (CIE-10).

Personas con Diagnósticos de Trastornos Mentales:

- Trastornos del Humor (Afectivos) en nivel de especialidad
 - **Depresión Refractaria:** Paciente con diagnóstico clínico de episodio depresivo quien ha recibido al menos dos esquemas de tratamiento adecuados en tiempo y dosis sin respuesta.
 - **Depresión Grave con Psicosis:** Paciente que cumple criterios generales del episodio depresivo y que además cumple criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos a excepción del criterio D y no cumple los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizo afectivo, con presencia de Presencia de (1) Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia- criterios G1.1.b), c) y d) de F20.0-F20.3- (es decir, ideas delirantes, que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio o (2) Estupor depresivo.
 - **Depresión con alto riesgo Suicida:** Paciente que cumple criterios diagnósticos para episodio depresivo y además manifiesta una intención concreta de hacerse un daño, con un intento previo o actual de autoeliminación previo, expresión de desesperanza, rechazo del apoyo social y no rectifica sus ideas.
 - **Depresión post parto:** Aquella que ocurre hasta un año después dar a luz.

Trastorno Bipolar: Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del paciente están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados.

- Trastornos Mentales y del Comportamiento debido a Consumo Sustancias Psicotrópicas:
 - Consumo perjudicial o dependencia de Alcohol.
 - Consumo perjudicial o dependencia como droga principal.
 - 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.
- Demencias (Incluye Alzheimer):
 - Leve
 - Moderado.
 - Grave
- Esquizofrenia
- Primer episodio Esquizofrenia con ocupación regular
- Trastornos de la conducta alimentaria

- Retraso mental
- Trastorno de personalidad
- Trastorno generalizado del desarrollo
- Epilepsia
- Otras

Población en control de Gestantes: Corresponde a las mujeres gestantes que están bajo control en el Programa de Salud Mental, por algún factor de riesgo relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancias, por haber sido diagnosticada con depresión (refractaria, grave con psicosis o con alto riesgo suicida) o por padecer algún trastorno mental o del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas.

Población en control de Madres de hijo menor de 5 años: Corresponde a las mujeres madres de hijo menor de 5 años, que están bajo control en el Programa de Salud Mental, por padecer de Trastorno del Humor Afectivo (depresión en alguno de sus niveles o trastorno bipolar), en el transcurso de los 5 primeros años del nacimiento de su hijo(a) y que no fueron diagnosticadas con depresión postparto.

Población en control de Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen con pueblo originario, que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

Población en control de Inmigrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Mental.

Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Programas SENAME: Corresponde a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan en algún programa de la red de protección del SENAME y que se encuentran en control vigente en el nivel primario de salud, contemplado en el Plan de Salud Familiar.

Plan de cuidado integral elaborado: Instrumento de gestión clínica que explicita un diseño estratégico de intervención para cada persona usuaria, elaborado en base al motivo de consulta y a la evaluación y diagnóstico integral realizado por el equipo tratante, incorporando en su construcción a la persona, familia, red de apoyo. El Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, sustituye el concepto de Plan de Tratamiento Integral (PTI) y Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI), por el de Plan de Cuidados Integrales (PCI). Esta opción técnica revela el concepto de “cuidados” por sobre el de “tratamiento”, ya que el PCI aporta una visión amplia del proceso de atención y cuidado que apunta a la recuperación y la inclusión socio sanitaria. Aunque la construcción conjunta y consensuada de los

objetivos supone un acuerdo con la persona usuaria (y su familia y grupo de apoyo), el conocimiento de estos objetivos y la participación en sus logros es una necesidad que debe traducirse en una formulación explícita de estos acuerdos, expresado en un contrato terapéutico y, cuando corresponda según la Ley 20.584, en un consentimiento informado.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de población en control en establecimientos que brindan atención de Especialidad, tales como Centros de Diagnóstico y Tratamiento, Centros de referencia de Salud, Hospitales de Mediana Complejidad, Hospitales de Alta Complejidad y Centros comunitarios de salud mental.

En la fila 65 “Número de personas en control en el Programa” como en la fila 72 “Personas con diagnósticos de Trastornos Mentales”, se deberá registrar el número de personas que ingresan al Programa, independiente del número de factores de riesgo, condicionantes o diagnósticos de trastornos de salud mental que tenga la persona.

Además, se debe registrar el número de personas en control que presentan factores de riesgo y/o diagnóstico de algún trastorno mental a la fecha del corte, desglosado por sexo, grupo de edad condición de gestante, madre de hijos menores a 5 años, y por población perteneciente a pueblos originarios o población inmigrante.

Si una persona presenta más de un riesgo y/o más de un condicionante y/o más de un diagnóstico de trastornos de salud mental, se deberá registrar todas las que correspondan, exceptuando las filas 65 y 72.

La población bajo control de gestantes, madres de hijo menor de 5 años, pueblos originarios y población inmigrante debe estar incluida en la población registrada según grupo de edad y sexo de las personas atendidas.

Respecto a la población de gestantes en control, en este Programa:

Corte a Junio: Corresponde registrar a aquellas mujeres, que están o estuvieron en control en el Programa de Salud Mental durante el semestre, en condición de gestante.

Corte a Diciembre: Corresponde registrar a aquellas mujeres, que están o estuvieron en Control en el Programa de Salud Mental durante el año (Ene a Dic), en condición de gestante.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

R.3: No olvide escribir en la celda de Niños, niña, adolescente y Jóvenes de población SENAME (digite CERO si no tiene).

R.4: No olvide escribir en la celda Plan cuidado integral elaborado (digite CERO si no tiene).

Sección B.2: Programa de Rehabilitación en Especialidad (Personas con Trastornos Psiquiátrico)

Definiciones conceptuales:

Programa de Rehabilitación Tipo I y Tipo II: Es un conjunto de actividades ambulatorias que apoyan el proceso de rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental y discapacidad psíquica moderada (tipo I) y discapacidad psíquica severa (tipo II), otorgadas por un equipo especializado en salud mental y psiquiatría en establecimientos del nivel de especialidades.

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

Programa de Rehabilitación Tipo II: Las actividades se realizan en un mínimo de 72 horas mensuales distribuidas en al menos 4 días a la semana, con sesiones de un mínimo de cuatro horas y por un período máximo de dos años.

Población en control en el Programa: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa de Rehabilitación de Trastornos Psiquiátricos en el establecimiento del nivel de especialidad, 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.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas en control que pertenecen al Programa de Rehabilitación en el establecimiento de especialidad a la fecha de corte, según tipo de rehabilitación que puede ser I o II, desglosadas por sexo y grupo de edad.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

REM-P7: Familias en Control de Salud Familiar

Este REM lo deben confeccionar e informar los “Centros de Salud Familiar” (CESFAM), “Centros Comunitarios de Salud Familiar” (CECOF), postas rurales y Hospitales Comunitarios. Cada CESFAM, CECOF, posta rural y Hospital Comunitario debe informar separadamente.

Secciones del REM-P7

Sección A: Clasificación de las Familias Sector Urbano.

Sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural.

Sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural.

Definiciones Conceptuales y Operacionales REM-P7

Sección A.: Clasificación de las Familias Sector Urbano

Definiciones conceptuales:

N.º de Familias Inscritas: Corresponde al número total de familias inscritas por sector geográfico o adscritas al equipo de cabecera por sector, según modalidad de sectorización, a la fecha de corte.

N.º de Familias Evaluadas con cartolas / encuesta familiar: Corresponde al número total de familias que mantienen evaluaciones vigentes a la fecha del corte. Las evaluaciones corresponden a la aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer el grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial de una familia. La vigencia de la evaluación efectuada con cartolas / encuesta familiar será definida por cada Servicio de Salud.

N.º de familias en riesgo bajo, medio y alto: corresponde al número total de familias que mantienen evaluaciones vigentes, a la fecha del corte, mediante la aplicación de una pauta o matriz de desarrollo local, cuyo resultado de evaluación ha arrojado que las familias presentan riesgo bajo, moderado o alto.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de familias inscritas a la fecha de corte.

De aquellas familias inscritas, se registra cuántas familias tienen evaluación vigente, según las normas de vigencia definidas por cada Servicio de Salud. La evaluación se debe realizar mediante la aplicación de una cartola o encuesta familiar de desarrollo local que permita medir el grado de vulnerabilidad o de riesgo biopsicosocial de las familias del establecimiento. Luego de haber sido evaluadas, las familias deben ser clasificadas como familias: con riesgo bajo, con riesgo medio o con riesgo alto.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de familias con evaluaciones vigentes a la fecha del corte no puede ser mayor al número de familias inscritas.

R.2: El número de familias en riesgo bajo, medio y alto no puede ser superior al número de familias con evaluaciones vigentes realizadas con cartola / encuesta familiar.

R.3: La sumatoria de familias en riesgo bajo, medio y alto debe coincidir con el número de familias con evaluaciones vigentes a la fecha del corte.

Sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural

Definiciones conceptuales:

Nº de Familias Inscritas: Corresponde al número total de familias inscritas (con ficha clínica física y/o electrónica) por sector geográfico o adscritas al equipo de cabecera por sector, según modalidad de sectorización, a la fecha de corte.

Nº de Familias Evaluadas con cartola / encuesta familiar: Corresponde al número total de familias que mantienen evaluaciones vigentes a la fecha del corte. Las evaluaciones corresponden a la aplicación de una pauta o matriz de desarrollo local para establecer el grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial de una familia. La vigencia de la evaluación efectuada con cartola / encuesta familiar será definida por cada Servicio de Salud. **N.º de Familias sin riesgo:** Corresponde al número total de familias que mantienen evaluaciones vigentes, a la fecha del corte, mediante la aplicación de una pauta o matriz de desarrollo local, cuyo resultado de evaluación ha arrojado que las familias se encuentran libre de riesgo.

Nº de Familias en Riesgo Bajo, Medio y Alto: Corresponde al número total de familias que mantienen evaluaciones vigentes, a la fecha del corte, mediante la aplicación de una pauta o matriz de desarrollo local, cuyo resultado de evaluación ha arrojado que las familias presentan riesgo bajo, medio o alto.

Definiciones operacionales

En esta sección corresponde registrar el número de familias inscritas a la fecha de corte.

De aquellas familias inscritas, se registra cuántas familias tienen evaluación vigente, según las normas de vigencia definidas por cada Servicio de Salud. La evaluación se debe realizar mediante la aplicación de una cartola o encuesta familiar de desarrollo local que permita medir el grado de vulnerabilidad o de riesgo biopsicosocial de las familias del establecimiento. Luego de haber sido evaluadas, las familias deben ser clasificadas como familias: con riesgo bajo, con riesgo medio o con riesgo alto.

Reglas de consistencia:

R.1: El número total de familias con evaluaciones vigentes a la fecha del corte no puede ser mayor al número de familias inscritas.

R.2: El número de familias en riesgo bajo, medio y alto no puede ser superior al número de familias con evaluaciones vigentes realizadas con cartola / encuesta familiar.

R.3: La sumatoria de familias en riesgo bajo, medio y alto debe coincidir con el número de familias con evaluaciones vigentes a la fecha del corte.

Sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural

Definiciones conceptuales:

Nº de familias con plan de intervención: Corresponde al número total de familias por sector que fueron detectadas con riesgo en la evaluación (es decir, con riesgo bajo, medio o alto) y que fueron ingresadas con un plan integral de intervención familiar en el semestre, a la fecha de corte.

Nº de familias sin plan de intervención: Corresponde al número de familias por sector que fueron detectadas con riesgo en la evaluación y que no fueron ingresadas ya que no cuentan con un plan integral de intervención familiar, a la fecha de corte.

Nº de familias egresadas de planes de intervención: Corresponde al número total de familias intervenidas que son egresadas durante el semestre evaluado. Las causales pueden ser por las siguientes razones: Alta por cumplir el plan de intervención, traslado de establecimiento, derivación debido a complejidad del caso o por abandono.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar información de familias evaluadas en establecimientos de salud urbano y rural, las cuales han sido detectadas en riesgo y que se les planifica un plan de intervención, durante el semestre antes del corte.

Si un CESFAM, CECOF u Hospital Comunitario, tuviese sectores urbanos y rurales asignados deberá registrar toda su información de familias inscritas, en secciones A y B. Prima el principio

estadístico, se registra donde se hacen las acciones en este caso donde se encuentra la población (familias) bajo control.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

REM-P9: Población en Control del Adolescente

Secciones del REM-P9

Sección A: Población en control Salud integral de adolescentes, según estado nutricional.

Sección B: Población en control Salud integral de adolescentes según educación y trabajo.

Sección C: Población en control Salud integral de adolescentes, según áreas de riesgo.

Sección D: Población en control Salud integral de adolescentes, según ámbitos Gineco Urológico/Sexualidad.

Sección E: Población adolescente que recibe consejería

Definiciones Conceptuales y Operacionales REM-P9

Generalidades

Con el objetivo de evaluar el estado de salud y promover el normal crecimiento y desarrollo de los y las adolescentes, así como fortalecer los factores y conductas protectoras y pesquisar precozmente los riesgos y problemas de salud. A partir del año 2012, se desarrolla una intervención preventiva denominada inicialmente “Control de Salud Joven Sano”; actualmente “Control de Salud Integral de Adolescentes”, con el propósito de intervenir en forma oportuna, integrada e integral.

La evidencia científica y la literatura, respalda este tipo de intervención que desarrolla acciones tempranas, oportunas, integrales e integradas, para impactar positivamente en la salud de adolescentes.

Total de adolescentes en control: Corresponde a la población total de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días que se encuentra bajo control en establecimientos de salud primario de atención y que se les ha realizado el Control de Salud Integral, evaluados con instrumento CLAP (modificado), según orientaciones técnicas vigentes.

Nota: Con ocasión del brote de COVID-19 que afecta al país, calificado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud. En este contexto; se incorpora el control de salud vía remota, quedando el examen físico pendiente para ser realizado una vez que se retomen las atenciones presenciales. El Control deberá focalizarse principalmente en la identificación de riesgos en Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva.

El Control de Salud Integral adolescente, (presencial), es realizado por Médico, Matrona/ón, Enfermera/o. Solo en el caso del Control remoto, puede ser realizado también por otro profesional capacitado. Para el egreso de población Bajo Control se definirá como plazo un máximo de inasistencia a su citación de hasta 23 meses 29 días a la fecha de corte, para efectos de Egreso por Abandono, periodo en el cual se debe activar el protocolo de rescate y realizar a lo menos tres acciones de rescate de inasistentes documentadas para este periodo.

Sección A: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según Estado Nutricional

Definiciones conceptuales:

Total de adolescentes en control, según estado nutricional: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que se encuentran bajo control en APS, y que han sido evaluados por profesionales que realizan el control de salud integral, según su estado nutricional de acuerdo a la norma nutricional y la orientación técnica del Control de Salud Integral de Adolescentes, vigente con indicadores IMC/edad, talla/edad y perímetro de cintura/edad.

Indicadores de Evaluación Nutricional:

- **Talla para la edad (T/E):** Es el indicador resultante de comparar la talla del niño, niña y adolescente con la talla de referencia correspondiente a su edad; permite evaluar el crecimiento lineal alcanzado.
- **IMC para la edad (IMC/E):** Es el indicador resultante de comparar el IMC de niños y niñas mayores de 5 años y adolescentes con el IMC de referencia correspondiente a su edad según las referencias de crecimiento corporal OMS 2007. Para su cálculo se debe considerar la siguiente fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$, y el resultado debe ser comparado con la clasificación del estado nutricional, según IMC para la edad.
- **Perímetro de cintura para la edad (PC/E):** Es el indicador resultante de comparar el perímetro de cintura del niño, niña o adolescente con el perímetro de cintura de referencia correspondiente a su edad. Esta medición se realiza para determinar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes, entre otras.
- **Diagnostico nutricional integrado:** La combinación de los indicadores antes descritos permiten realizar un diagnóstico nutricional integrado, permitiendo una evaluación nutricional más precisa mediante escalas de valoración nutricional o denominaciones como: riesgo de desnutrir, déficit ponderal, desnutrido, normal, obeso, obeso severo Este Diagnostico nutricional integrado lo debe ser realizado por profesional nutricionista.

- **Pueblos Originarios:** Corresponde a los adolescentes que se identifican con algún pueblo indígena u originario, bajo control en establecimientos de salud primario de atención y que se les ha realizado el Control de Salud Integral, presencial o remoto
- **Población Migrante:** Corresponde a los adolescentes cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control en establecimientos de salud primario de atención y que se les ha realizado el Control de Salud Integral presencial o remoto. Cabe señalar que los hijos de inmigrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

Definiciones operacionales:

El Control de Salud Integral Adolescente, (presencial) es realizado por Médico, Matrona/ón, Enfermera/o. solo en el caso del control remoto, puede ser realizado también por otro profesional capacitado. Para el egreso de población bajo control se definirá como plazo máximo de inasistencia a su citación de hasta 23 meses 29 días a la fecha del corte, excepto en el caso de adolescentes que han sido pesquisados con algún riesgo, se mantiene el plazo máximo de inasistencia a su citación de 11 meses y 29 días a la fecha de corte, para efectos de egreso por abandono, periodo en el cual se debe activar el protocolo de rescate y realizar a lo menos tres acciones de rescate de inasistentes documentadas para este periodo.

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo, especificando los indicadores nutricionales y parámetros de medición. Además, se registran los adolescentes que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son de población de inmigrantes. (Considerando la sumatoria de los controles presenciales y remotos).

La sumatoria de los adolescentes registrados en los indicadores antropométricos registrados y el diagnóstico nutricional integrado, más los adolescentes calificados como desnutridos secundarios, debe ser coincidente con el total de población con Control Salud Integral menos la población con control de salud remoto.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de adolescentes en control puede ser mayor al total del diagnóstico nutricional integrado.

R.2: No olvide escribir en la celda de población Migrantes (digite CERO si no tiene).

R.3: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección B: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según educación y trabajo.

Definiciones conceptuales:

La educación, es un factor protector para el desarrollo psicosocial de los y las adolescentes, ya que además de que se relaciona con el desempeño escolar (en lo que se refiere al aprendizaje formal de conocimientos de diferentes áreas), también se involucra con las relaciones interpersonales que forma y mantiene el individuo, con las capacidades y habilidades que vaya desarrollando, ayuda al aprendizaje e interiorización del acatamiento de normas y valores de forma rigurosa.

Muchas de las causas del trabajo infantil están conectadas entre sí. En Chile, éstas se relacionan principalmente con la pobreza y el bajo nivel educacional de los padres. El trabajo de adolescentes surge generalmente como una estrategia de las familias más necesitadas para lograr un aporte adicional de ingresos a sus hogares.

Total de adolescentes en Control, según educación y trabajo: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que se encuentran bajo control en establecimientos del nivel primario de atención y que han sido evaluados según:

Estudia: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días que concurre en el momento del control de salud integral a alguna institución educacional.

Deserción escolar: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días que abandonó los estudios antes de completar el nivel, en el momento del control de salud integral.

Trabajo infantil: Consignar la presencia de trabajo infantil, que es toda actividad laboral remunerada o no, realizada por menores de 15 años, que entorpezca su proceso educativo regular o afecte su salud o desarrollo integral.

Trabajo Juvenil: Consignar la presencia de trabajo adolescente, que considera toda actividad laboral remunerada o no realizada por personas mayores de 15 y menores de 18 años.

Peores formas de Trabajo Infantil: Comprenden los trabajos intolerables que incluyen la explotación sexual comercial, las actividades ilícitas y aquellas asociadas a la esclavitud, también considera los trabajos peligrosos que son aquellos que representan riesgo para la salud y seguridad de los NNA que los realizan.

Servicio doméstico no remunerado peligroso: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días que realiza las tareas del hogar durante jornadas extensas de 21 o más horas a la semana.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo, que presente alguna de las variables definidas anteriormente. Además, se registran los adolescentes que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son de población de migrantes.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de población Migrantes (digite CERO si no tiene).

R.2: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección C: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según áreas de riesgo.

Definiciones conceptuales:

La adolescencia es la etapa en el curso de vida, de una persona en la que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social, alcanzando así la madurez o edad adulta, que culmina con su incorporación en forma plena a la sociedad. En esta etapa se producen importantes cambios que pueden determinar un conjunto de fortalezas para la vida y desarrollo,

Total de adolescentes en control según áreas de riesgo: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que se encuentran bajo control en establecimientos de nivel primario de atención y que han sido evaluados a través de control de salud integral (presencial o remoto) con detección de riesgos, en las siguientes áreas:

Salud Sexual y Reproductiva: Se considera riesgo SSR, si tiene una o más situaciones de alerta en estas secciones:

Vida social: Violencia en la pareja.

Gineco/urológico: ITS/VIH, embarazo, hijos, abortos.

Sexualidad: Intensión/conducta anticipatoria o activa, dificultad en relaciones sexuales, uso habitual condón (a veces o nunca), uso Mac actual (a veces o nunca), no uso de doble protección, violencia sexual, no haber tenido consejería para uso de método anticonceptivo (MAC).

Ideación suicida (corresponde al último mes): Corresponde a pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.

Intento suicida (considera los últimos 3 meses): Corresponde a actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta.

Consumo alcohol y drogas: Se considera riesgo cuando refiere consumo de alcohol y/o otras drogas en el último mes. Se incluye consumo de tabaco.

Nutricional: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días en cuyo examen físico resulte: 1) IMC igual o superior +2 DE, o menor o igual a - 2.0 DE, detención o disminución de canal de crecimiento de IMC sin tratamiento para bajar de peso, asociado a cambios en conducta alimentaria, dieta vegetariana, vegana, práctica de deportes de alto rendimiento, consumo de sustancias, trastorno del ánimo, etc., 2) Talla/Edad menor o igual - 2.0 DE, Incremento en estatura por debajo de lo esperado en 6 meses. 3) Perímetro de cintura mayor o igual al percentil 90, según edad y sexo.

Otro riesgo: Se debe consignar otro riesgo relevante que presente el adolescente, que resulte de la evaluación de las alertas, motivo de consulta y/o problema definido en la entrevista (incluye agenda oculta).

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo, que presente alguno de los riesgos definidos anteriormente. Además, se registran los adolescentes que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son de población de migrantes.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de población Migrantes (digite CERO si no tiene).

R.2: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección D: Población en control Salud Integral de Adolescentes, según ámbitos Gineco – Urológico / Sexualidad

Definiciones conceptuales:

Es importante recordar que los aspectos de salud sexual y reproductiva deben abordarse en privado, resguardando la privacidad, asegurando la confidencialidad (explicitando los límites de esta), y en el momento oportuno del control. En ocasiones estos datos no pueden ser completados en la primera atención, si no se dan las condiciones para hacerlo. En ese caso se completará esta información en la ficha CLAP, en ulteriores consultas o controles, siempre que no se trate del motivo de consulta.

Total de adolescentes en control según ámbitos Gineco-urológicos-sexualidad: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que se encuentran bajo control en establecimientos de nivel primario de atención, y que han sido evaluados a través de control de salud integral (presencial o remoto) clasificados o con presencia de algunas de las siguientes variables:

Adolescentes con conducta Postergadora: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que al momento del control de salud refiere no haber iniciado actividad sexual (Petting I y II) y no tiene intención de cambiar su conducta dentro de los próximos 6 meses.

Adolescentes con conducta Anticipadora: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que al momento del control de salud refiere que no ha iniciado Actividad sexual, pero tiene intención de cambiar la conducta sexual dentro de los próximos seis meses.

Adolescentes con conducta Activa: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que al momento del control de salud ha iniciado prácticas sexuales (incluye coito único) y tiene intención de mantener la conducta sexual.

Uso actual de método anticonceptivo: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que al momento del control de salud se encuentran con uso de algún método anticonceptivo: dispositivo intrauterino de cobre, dispositivo intrauterino medicado, hormonal (oral combinado y progestágeno, inyectable combinado y progestágeno e implante) y preservativo.

Uso actual de doble protección: Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que al momento del control de salud se encuentran con uso de método anticonceptivo hormonal y preservativo, simultáneamente (protección dual).

Adolescente con antecedente de un primer embarazo: Para ambos sexos. Corresponde a aquellos adolescentes con antecedentes de un embarazo, sea de la adolescente o de la/s pareja/s del adolescente hombre de embarazos en que él fue el progenitor.

Adolescente con antecedente de más de un embarazo: Para ambos sexos. Corresponde a aquellos adolescentes con antecedentes de más de un embarazo, sea de la adolescente o de la/s pareja/s del adolescente hombre de embarazos en que él fue el progenitor.

Adolescente con antecedente de aborto: Para ambos sexos. Se registra a aquellos adolescentes con antecedentes de abortos, sea de la adolescente o de la/s pareja/s del adolescente hombre de embarazos en que él fue el progenitor.

Adolescente que presenta violencia de pareja/pololeo: Consignar si refiere episodios de violencia en la pareja, independientemente del tipo (física, verbal, etc.) y sea el adolescente el que se presenta como generador o víctima de las situaciones de violencia.

Adolescente que presenta o ha sido víctima de violencia sexual: La OMS define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. Se incluye tanto las relaciones sexuales bajo coacción dentro y fuera del matrimonio, las violaciones por extraños y en conflictos armados, como el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de adolescentes, la prostitución forzada y la trata de personas.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo, de acuerdo a aspectos mencionados anteriormente. Además, se registran los adolescentes que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son de población de migrantes.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de Población Migrantes (digite CERO si no tiene).

R.2: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

Sección E: Población Adolescente que recibe consejería

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 29 días, que se encuentran bajo control en establecimientos del nivel primario de atención, y que ha recibido consejería ya sea de manera presencial o remota.

Consejería: La consejería se define como el proceso en el que un profesional capacitado, escucha, informa y orienta a adolescentes o jóvenes, mujeres y hombres, a tomar decisiones personales relacionadas con la temática consultada, brindando información amplia y veraz, considerando sus necesidades y problemática particular. También, puede ser un espacio, para orientar a la madre, padre o adulto responsable que les acompaña, para ayudarlos en su rol de modelar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables en sus hijos o hijas. Esta intervención debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades del o la adolescente.

Temáticas en las que se desarrolla la consejería en adolescentes:

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.

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.

Salud Sexual Reproductiva: La Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes, se define como “una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde se escucha, acoge, informa y guía a adolescentes, solos/as o en pareja, para que puedan fortalecer su capacidad para la toma de decisiones y el desarrollo de conductas informadas y responsables en el ámbito de la sexualidad en forma integral”.

Esta intervención está orientada particularmente a la prevención y al fomento de la salud, y a evitar riesgos de un embarazo no planificado, contagio de ITS/VIH/SIDA y otros riesgos asociados a las conductas sexuales en adolescentes.

Regulación de Fecundidad: 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.

Prevención VIH-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.

Pueblos Originarios: Corresponde a los adolescentes que se identifican con algún pueblo, indígena u originario y se encuentran bajo control en el Programa de Salud Integral de Adolescentes del establecimiento de salud.

Población Migrantes: Corresponde a los adolescentes cuya nacionalidad es distinta a la chilena y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud. Cabe señalar que los hijos de migrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

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

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo, que han recibido consejería en alguna de las temáticas mencionadas. Además, se registran los adolescentes que pertenecen o se autorreconocen con algún pueblo originario o que son de población de migrantes.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de Población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

R.3: No olvide escribir en la celda Espacios Amigables (digite CERO si no tiene).

REM-P11: Población en Control Programa de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA

Secciones del REM-11

Sección A: Población en control por VIH/SIDA (Uso exclusivo centros de atención VIH/SIDA).

Sección B: Población en control por comercio sexual (Uso exclusivo de unidades control comercio sexual).

Definiciones Conceptuales y Operacionales REM-P11

Sección A: Población en control por VIH/SIDA (Uso exclusivo centros de atención VIH/SIDA).

Definiciones conceptuales:

Persona en control: Considera a las personas VIH positivas confirmadas por ISP con atención vigente a la fecha de reporte. Se entiende por atención vigente la atención realizada por el equipo profesional del establecimiento con prestaciones para personas viviendo con VIH (presencial o telemática) y/o retiro de TAR (cualquier modalidad).

Número de personas con VIH/SIDA: Personas en control vigente según condición de gestante (con y sin tratamiento antirretroviral) a la fecha de corte.

Gestante inicia TAR en este embarazo: Considera a la gestante en control vigente a la fecha del corte que inició TARV en este embarazo.

Gestante en TAR previa a este embarazo: Considera a la gestante en control vigente a la fecha del corte, que inició TAR antes de este embarazo. Incluye a aquella mujer que recibía TAR por su propia patología y que se embaraza.

Persona no gestante con VIH/SIDA con TAR: corresponde a los usuarios que están en control vigente a la fecha del corte y que reciben TAR (cualquier modalidad).

Persona no gestante con VIH/SIDA sin TAR: corresponde a los usuarios que están en control vigente a la fecha del corte y que NO reciben tratamiento antirretroviral.

N° de personas en TAR (gestantes y no gestantes) con Carga Viral < a 1000 copias:

corresponde a la persona en control vigente por VIH que en el último examen de carga viral realizado en el año calendario del reporte presenta un resultado menor a 1000 copias.

Para el reporte de junio considerar las cargas virales realizadas de enero a junio.

Para el reporte de diciembre considerar las cargas virales realizadas de enero a diciembre.

Población TRANS: Se entenderá por persona TRANS aquella que teniendo un determinado sexo biológico se comporta, se viste o se identifica con el género opuesto.

TRANS femenina: persona de sexo biológico hombre que se comporta, se viste o se identifica con el género femenino.

TRANS masculino: persona de sexo biológico mujer que se comporta, se viste o se identifica con el género masculino. Esta definición incluye a las personas transgénero, travestis y transexuales.

Población Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen con algún pueblo originario y se encuentran bajo control vigente CON o SIN Tratamiento Antirretroviral (TARV) en el establecimiento de salud.

Población Migrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control vigente CON o SIN Tratamiento Antirretroviral (TAR) en el establecimiento de salud.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas bajo control de VIH/SIDA, en establecimientos que cuentan con centros de atención de VIH/SIDA, además se debe consignar el número de personas CON y SIN Tratamiento Antirretroviral (TAR), registrándose por grupo de edad, sexo y condición de gestante a la fecha de corte. Además, registrar cuantas personas del total se identifican como TRANS.

Esta sección es de exclusivo de establecimientos que poseen de centros de atención VIH/SIDA.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de población Migrantes (digite CERO si no tiene).

R.2: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

R.3: No olvide escribir en la celda de Población TRANS (digite CERO si no tiene).

Sección B: Población en control por comercio sexual (Uso exclusivo de unidades control comercio sexual).

Definiciones conceptuales:

N.º de personas en control comercio sexual: Corresponde al número total de personas en control activo, por sexo y edad.

Se entiende por control activo para el corte de Junio: todas las personas que han asistido a control a lo menos una vez entre el 1º de enero y el 30 de junio.

Se entiende por control activo a Diciembre: todas las personas que han asistido a control a lo menos una vez entre el 1º de julio y el 31 de diciembre.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas que ejercen comercio sexual, y que están en control en establecimientos que tienen unidades de control y atención Comercio Sexual.

Se debe desagregar por sexo y edad, y además contabilizar el número de pacientes que se identifican como TRANS, PUEBLOS ORIGINARIOS Y en la última columna se debe registrar a la Población Migrantes, la cual corresponde al número de personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, y se encuentran bajo control por comercio sexual en el establecimiento.

Esta sección es de uso exclusivo de establecimientos que poseen unidades de atención y control de personas que ejercen el comercio sexual.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de población Inmigrantes (digite CERO si no tiene).

R.2: No olvide escribir en la celda de Pueblos Originarios (digite CERO si no tiene).

R.3: No olvide escribir en la celda de Población TRANS (digite CERO si no tiene).

REM-P12: Personas con PAP-Mamografía-Examen Físico de mamas vigentes y producción de PAP y VPH (semestral)

Secciones del REM-12

Sección A: Programa de cáncer de cuello uterino: población con PAP vigente.

Sección B.1: Programa de cáncer de cuello uterino: PAP realizados e informados, según resultados y grupos de edad. (Examen realizado en la red pública)

Sección B.2: Programa de cáncer de cuello uterino: PAP realizados e informados, según resultados y grupos de edad. (Examen realizado en extrasistema)

Sección C: Programa de cáncer de mama: mujeres con mamografía vigente en los últimos 3 años.

Sección D: Programa de cáncer de mama: número de mujeres con examen físico de mama (vigente).

Sección E: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: población con examen de VPH (vigente).

Sección F: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: resultados de VPH, realizados en el sistema público, según grupos de edad (en la red pública)

Sección F.1: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: resultados de VPH realizados en el extrasistema según grupos de edad (Examen realizados en extrasistema)

Definiciones Conceptuales y Operacional REM-P12

Sección A: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: Población con PAP vigente

Definiciones conceptuales

Mujeres con PAP vigente (en los últimos 3 años): El Programa cáncer de cuello Uterino, es un Programa nacional de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer del cuello del útero y sus lesiones pre invasoras. Esta sección mide el numerador del indicador de Cobertura de PAP vigente en los últimos 3 años, examen focalizado en mujeres de 25 a 64 años. La toma del PAP está inserta dentro de todas las actividades de atención de la mujer, está garantizado en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) y en el GES. Cada Servicio de Salud debe disponer del denominador de su población para obtener el dato de cobertura semestral.

TRANS Masculino con PAP vigente (en los últimos 3 años): Corresponde a los TRANS Masculino que, manteniendo órganos de mujer, han realizado los trámites necesarios en el Servicio de Registro Civil e de Identificación y cambian su sexo registral a hombre. Esta población también tiene acceso garantizado del PAP en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) y en el GES”.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas menores de 25, entre 25 y 64 años y además de las de 65 y más años distribuidos por grupos quinquenales, con PAP vigente informado en los últimos 3 años, a la fecha del corte. Registrar en la columna de Mujeres u Hombres según corresponda. Entendiendo que la columna de “TRANS Masculino” son las personas, que, manteniendo estructura biológica de mujer, ha realizado los trámites necesarios en el Registro Civil para que su identificación sea “Hombre”

Cada establecimiento debiera obtener el dato del Citoexpert, REVICAN o desarrollo informático con información disponible, respetando la fecha de corte (30 de junio y 31 de diciembre). La profesional matrona (ón) encargada (o) de programa de cáncer Cervicouterino del centro de Atención Primaria es responsable del reporte.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección B.1: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: PAP realizados e informados, según resultados y grupos de edad (examen realizado en la red pública)

Definiciones conceptuales:

Esta sección detalla la distribución de citologías de PAP (no mujeres) realizadas e informadas en el semestre, según resultados (normales, inadecuados, atípicos y positivos) y grupos de edad a la fecha del corte.

Información es administrada por los Laboratorios de Citopatología que procesan los PAP de su Servicio de Salud. Estos son los que deben informar estos registros en el establecimiento donde funcionan, a través de Citoexpert.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar en total de PAP informados según resultado y grupo etario, realizados dentro de establecimientos reconocidos como red pública.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección B.2: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: PAP realizados e informados, según resultados y grupos de edad (examen realizado en extrasistema)

Definiciones conceptuales:

Corresponde al registro de PAP de las usuarias que llegan a control con su examen tomado en el extrasistema, en modalidad de libre elección. No corresponde a los exámenes del sistema público que son obtenidos por compra de servicio. Estos datos deberán ser obtenidos de los tarjeteros poblacionales.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar en total de PAP informados según resultado y grupo etario, realizados dentro de establecimientos reconocidos como red pública.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección C: Programa de Cáncer de Mama: mujeres con mamografía vigente en los últimos 3 años

Definiciones conceptuales:

Programa de Cáncer de Mama; mujeres con mamografía vigente en los últimos 3 años:

Corresponde al número de mujeres con mamografía realizada e informada en los últimos tres años, por grupos de edad, a la fecha de corte considerar a todas las mujeres, independiente de fuente de financiamiento de la mamografía.

El Programa cáncer de mama, es un Programa nacional de pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Esta sección mide el numerador del indicador de Cobertura de mamografía vigente en los últimos 3 años, actualmente en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) se garantiza una mamografía en mujeres de 50 a 59 años. Sin embargo, se solicita registrar el dato, según los grupos de edad indicados. Cada Servicio de Salud deberá disponer del denominador de su población para obtener el dato de cobertura semestral.

Definiciones operacionales:

La fuente de información para esta sección son los Tarjeteros Población bajo control de Cáncer de Mamas o sistemas informatizados. El profesional Matrona (ón) Encargada (o) de Programa de Cáncer de Mama, en el Servicio de Salud es responsable de revisar la información antes de ser enviada al DEIS.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección D: Programa de Cáncer de Mama: número de mujeres con Examen Físico de mama (vigente)

Definiciones conceptuales:

Corresponde al número de mujeres en control, que se les ha realizado el Examen Físico de Mamas (EFM), por Médico o Matrona, por grupos de edad, a la fecha de corte.

Fuente de datos: Tarjeteros Población bajo control de Cáncer de Mamas o sistemas informatizados.

Definiciones operacionales:

El profesional Matrona (ón) Encargada (o) de Programa de Cáncer de Mama, en cada Servicio de Salud, debe visar esta información previa al envío a su respectivo DEIS en los primeros 5 días hábiles de julio y enero respectivamente.

Las Secciones C y D deben ser confeccionados por todos los Establecimientos de Atención Primaria que integran la Red de Establecimientos del SNSS, basado en el registro de Tarjeteros de población bajo control de Cáncer de Mamas.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

Sección E: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: Población con VPH (vigente).

Definiciones conceptuales:

Mujeres con VPH vigente (en los últimos 5 años): El Programa cáncer de cuello Uterino, es un Programa nacional de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer del cuello del útero y sus lesiones pre invasoras. Esta sección mide el numerador del indicador de cobertura de VPH en los últimos 5 años, examen focalizado en mujeres de 30 a 64 años. La toma del test de VPH está inserta dentro de las actividades de atención de la mujer. Cada Servicio de Salud debe disponer del denominador de su población para obtener el dato de cobertura semestral.

TRANS Masculino con VPH vigente (en los últimos 5 años): Corresponde a TRANS Masculino que, manteniendo órganos de mujer, han realizado los trámites necesarios en el Servicio de Registro Civil e de Identificación y cambian su sexo registral a hombre.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de personas entre 30 y 64 años, distribuidos por grupos quinquenales, con VPH vigente informado en los últimos 5 años, a la fecha del corte. Registrar en la columna de Mujeres u hombres según corresponda. Entendiendo que la columna "TRANS Masculino" son las personas que manteniendo estructura biológica de mujer, ha realizado los trámites necesarios en el Servicio de Registro Civil y su Identificación sea "hombre".

Cada establecimiento debiera obtener el dato Citoexpert, respetando la fecha de corte (30 de junio y 31 de diciembre). La profesional Matrona (ón) encargada del programa de Cáncer Cervicouterino del centro de atención primaria es responsable de revisar la información antes de ser enviada al Servicio de Salud.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia.

Sección F: Programa De Cáncer De Cuello Uterino: resultados de VPH, realizados en el sistema público, según grupos de edad (en La Red Pública).

Definiciones conceptuales:

Esta sección detalla la distribución de resultados de VPH (no mujeres) informadas en el semestre, realizados en el sistema público según resultados: VPH (-), VPH 16 (+) VPH 18 (+), VPH AR (+) y grupos de edad a la fecha del corte.

La Información es administrada por los Cito-laboratorios y laboratorios de Biología Molecular del hospital de referencia de dicho servicio de salud que procesan el Examen de VPH. Estos son los que deben informar estos registros en el establecimiento donde funcionan, a través de Citoexpert, REVICAN o desarrollo informático con información disponible.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el total resultado de VPH informados según grupo etario, en la red pública.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia.

Sección F.1: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: resultados de VPH, realizado en el extrasistema según grupos de edad (examen realizado en extrasistema).

Definiciones conceptuales:

Corresponde al registro del resultado de VPH de las usuarias que llegan a control con su examen tomado en el extrasistema, en modalidad de libre elección. No corresponde a los exámenes del sistema público que son obtenidos por compra de servicio.

Esta sección detalla la distribución de resultados de VPH informadas en el semestre, realizados en el extrasistema según resultados: VPH (-), VPH 16 (+) VPH 18 (+), VPH AR (+) y grupos de edad a la fecha del corte.

Definiciones operacionales:

Corresponde registrar el total resultado de VPH informados según grupo etario en el extrasistema.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

REM-P13. Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de la Red de Protección SENAME, en atención.

Secciones del REM-P13

Sección A: Población SENAME potencial de atención en APS al corte.

Sección B: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a población SENAME en Control de salud en APS al corte.

Sección C: Variables de seguimiento a población SENAME en APS al corte.

Sección D: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a la red SENAME en control de salud mental en especialidad al corte.

Definiciones Conceptuales y Operacionales REM-P13

Sección A: Población SENAME potencial de atención en APS al corte

Definición conceptual:

Corresponde a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan en algún programa de la Red de Protección del Servicio Nacional de Menores (SENAME) y se clasifican en: programa ambulatorio SENAME, Centro de Cuidado Alternativo Residencial (residencia) o Centro de Internación Provisoria (CIP) / Centro de Reclusión Cerrado, y que viven en el territorio que le corresponde al CESFAM.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, a la fecha de corte (30 de junio o 30 diciembre) según sexo, en la celda que indica si pertenece a un programa ambulatorio de SENAME, a un Centro de Cuidado Alternativo Residencial (residencia) o CIP/CRC.

- En la celda de "Ambulatorios" se deberá registrar el número de NNAJ que participan en uno o más programas ambulatorios de SENAME, tanto de protección de derechos como de justicia juvenil. En esta categoría, el NNAJ vive con su familia en el territorio que le corresponde al establecimiento de APS (donde NNAJ y su familia tienen su domicilio). Diferenciar el número total según sexo.
- En la celda "Centro de Cuidado Alternativo Residencial" se deberá registrar el número de NNAJ que se encuentran viviendo en una residencia, bajo el sistema de cuidado alternativo residencial de la red de protección SENAME, sin importar si la residencia es de administración directa (CREAD, Centro de Reparación Especializada de Administración Directa) o es administrada por algún organismo colaborador acreditado (OCA). La residencia se encuentra ubicada en el territorio del establecimiento de APS, con la cual debieran estar vinculados. Diferenciar el número total según sexo.
- En la celda "CIP-CRC" se deberá registrar el número de adolescentes y jóvenes que se encuentran al cuidado del Estado bajo la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente en un Centro de Internación Provisoria (CIP) o un Centro Cerrado de Reclusión (CRC). El adolescente o joven vive en este centro porque se encuentra en calidad de imputado o condenado y permanecerá en este dispositivo hasta que sea emitida la sentencia o cumpla la condena. Diferenciar el número total según sexo.

Regla de consistencia:

R.1: Se debe consignar la información desglosada por sexo.

R.2: Se informan todos los NNAJ que viven en el territorio según el dispositivo SENAME al cual pertenece.

Sección B: Niño, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a programas SENAME en control de salud en la APS al corte

Definición conceptual:

Son todos aquellos NNAJ que participan en algún programa de la Red de Protección SENAME (programa ambulatorio SENAME, Centro de Cuidado Alternativo Residencial (residencia) o CIP/CRC) y que se encuentran bajo control en el establecimiento que brinda atención primaria de salud, tales como Hospitales de baja complejidad, Centros de Salud Familiar, Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rural, Centros Generales Urbanos, Centros Generales Rurales que entregan prestaciones del Plan de Salud Familiar; según corresponda.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de NNAJ que se encuentran bajo control en el establecimiento de APS a la fecha de corte (30 de junio o 30 diciembre), según sexo y tramo de edad, en la celda que indica si pertenece a un programa ambulatorio de SENAME, a un Centro de Cuidado Alternativo Residencial (residencia) o CIP/CRC.

- Se debe consignar la información desglosada por sexo y grupo de edad (0 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 24 años y 25 y más).
- Corte a junio: Corresponde registrar aquellos NNAJ que están con control vigente de acuerdo a Plan de Salud Familiar, con corte al 30 de junio.
- Corte a diciembre: Corresponde registrar aquellos NNAJ que están con control vigente de acuerdo al Plan de Salud Familiar, con corte al 31 de diciembre.

Regla de consistencia:

R.1: Se informan todos los NNAJ bajo control al corte.

R.2: Un niño, niña, adolescente y joven puede ser informado en esa sección, y a la vez formar parte de la Población bajo control de otros programas del establecimiento de APS, incluyendo Acompañamiento Psicosocial, Programa de Salud Mental, Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial u otros.

Sección C: Variables de seguimiento a población SENAME en control de salud en la APS al corte

Definición conceptual:

Las variables de seguimiento son las condiciones específicas de la población SENAME, las cuales se han seleccionado para recopilar sistemáticamente información y con ello, facilitar a los equipos de salud, realizar seguimiento a las acciones sanitarias enmarcadas en el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario, y generar estrategias que aseguren la continuidad del cuidado a lo largo del curso de vida.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de NNAJ que pertenecen a la variable de seguimiento a la fecha de corte (30 de junio o 30 diciembre), según sexo y tramo de edad.

- En la Población en control según método de regulación de fertilidad, se debe consignar a los/as adolescentes y/o jóvenes que se encuentran en el Programa de Regulación de Fertilidad que utilizan cualquier método anticonceptivo como dispositivo intrauterino, hormonales (oral, inyectable o implante) más preservativo, con el fin de lograr una adecuada salud reproductiva, reduciendo la mortalidad materna-perinatal, el embarazo no planificado y la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- En las Gestantes en control con riesgo biopsicosocial, se debe registrar aquellas gestantes que pertenecen a algún programa de SENAME (ambulatorio, residencia o CIP/CRC) y que, a la fecha del corte, han sido controladas por su embarazo y que presentan riesgo psicosocial según el resultado de la aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada.
- En la Población infantil en control se anota a los niños y niñas menores de 9 años 11 meses que pertenecen a algún programa de SENAME (ambulatorio, residencia o CIP/CRC) y que, a la fecha del corte, se encuentran bajo control en el establecimiento de APS y que han sido evaluados según su estado nutricional de acuerdo a la norma vigente²⁴ norma vigente y los indicadores de peso/edad, peso/talla, talla/edad (menores de 59 meses), IMC/edad (en mayores de 5 años), perímetro de cintura/edad (mayores de 5 años).
- En Población en control de salud integral de adolescentes según áreas de riesgo, se registra a la población de adolescentes vinculados a programas SENAME

(ambulatorios, residenciales o CIP-CRC) de 10 años hasta 19 años 29 días que se encuentran bajo control en establecimientos de atención primaria y que han sido evaluados a través del control de salud integral con detección de riesgos en las áreas de salud sexual y reproductiva, ideación suicida (corresponde al último mes), intento suicida (considera los últimos 3 meses), consumo de alcohol y drogas, nutricional y otros riesgos.

- En la Población en control de salud mental, se consigna a los niños, niñas, adolescentes y/jóvenes que pertenecen a algún programa de SENAME (ambulatorio, residencia o CIP/CRC) y se encuentran en control con médico o psicólogo (terapeuta ocupacional, asistente social, enfermera u otro profesional capacitado), por factores de riesgo y condicionantes de salud mental y/o por diagnósticos de trastornos mentales y que poseen citación para estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 45 días, a la fecha del corte. En este periodo se activa el sistema de rescate de inasistentes.
- En la Población en Programa de Acompañamiento Psicosocial se consigna a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a programas SENAME (ambulatorios, residenciales o CIP-CRC) que ingresan a este programa y reciben la canasta de prestaciones para asegurar su acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental; con acciones específicas centradas en la vinculación, articulación, seguimiento y monitoreo, en el contexto del Modelo de Atención de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

Regla de consistencia:

R.1: Se informan todos los NNAJ bajo control al corte.

R.2: Un niño, niña, adolescente y joven puede ser informado en esa sección, y a la vez formar parte de la población bajo control de otros programas del establecimiento de APS, incluyendo acompañamiento psicosocial, programa de salud mental, programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial u otros.

Sección D: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a la red SENAME en control de salud mental en especialidad al corte

Definición conceptual:

Son todos aquellos NNAJ que participan en algún programa de la Red de Protección SENAME (programa ambulatorio SENAME, Centro de Cuidado Alternativo Residencial (residencia) o CIP/CRC) y que se encuentran en control de salud mental en establecimiento de especialidad abierta (Centro de Salud Mental Comunitaria, equipos ambulatorios en CAE, CDT o CRS).

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de NNAJ que se encuentran bajo control en el programa de salud mental del establecimiento de especialidad a la fecha de corte (30 de junio o 30 diciembre), según sexo y tramo de edad, en la celda que indica si pertenece a un programa ambulatorio de SENAME, a un Centro de Cuidado Alternativo Residencial (residencia) o CIP/CRC.

- Se debe consignar la información desglosada por sexo y grupo de edad (0 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 24 años y 25 y más).
- Corte a junio: Corresponde registrar aquellos NNAJ que están con control vigente de salud mental, con corte al 30 de junio.
- Corte a diciembre: Corresponde registrar aquellos NNAJ que están con control vigente de salud mental, con corte al 31 de diciembre.

Regla de consistencia:

R.1: Se informan todos los NNAJ bajo control al corte.